



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



A Intervenção Psicomotora na CERCICA

Relatório de Estágio Profissionalizante elaborado com vista à
obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientadora: Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos
Santos

Júri:

Presidente

Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

Vogais

Professor Doutor António José Mendes Rodrigues

Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Alice Dessireé dos Santos Sierra

2012

AGRADECIMENTOS

Muito obrigada...

...à Professora Sofia Santos, pelo apoio, orientação, incentivo, paciência e disponibilidade demonstrada para me ajudar em qualquer situação...

...à Dra. Joana Rodrigues, orientadora de estágio local, pela receptividade demonstrada desde o primeiro dia bem como pela vontade de me integrar na sua equipa, pela orientação, paciência, confiança e incentivo constante ...

... à Dra. Ana Flores, coordenadora do Núcleo Terapêutico de Actividade Motora, pelo incentivo e orientação durante o decorrer do estágio...

... e especialmente a todos os clientes que me proporcionaram momentos únicos de aprendizagem,

RESUMO

O presente relatório reflete o trabalho realizado no estágio desenvolvido na área da Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID), na CERCICA, no Núcleo Terapêutico e de Atividade Motora (NTAM).

A definição de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental considera a existência de limitações ao nível do comportamento adaptativo. Estas limitações não são vistas como inerentes ao próprio indivíduo mas sim relacionadas com os apoios necessários à plena integração do sujeito na sociedade e na promoção da sua qualidade de vida.

A intervenção psicomotora como apoio tem como base o movimento.

Nos indivíduos com DID, o movimento está condicionado por aspetos funcionais e relacionais, visto que estes apresentam uma fraca capacidade adaptativa.

Assim, o relatório é composto pela revisão bibliográfica dos conceitos relevantes para o âmbito do estágio e pelo enquadramento institucional formal. Também é feita uma descrição da população acompanhada e da intervenção realizada.

Palavras-chave: Avaliação, Intervenção Psicomotora, Estágio, Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental, Apoios, Funcionalidade, CERCICA

ABSTRACT

The present work reflects the result of a year of internship in the area of intellectual and Developmental Disabilities (IDD) at the CERCICA, in the therapeutic nucleus and of motor activity (NTAM).

The definition of Intellectual and Developmental Disabilities considers the existence of limitations at the level of adaptive behavior. These limitations are not seen as inherent to the individual but rather related to the support necessary for the full integration of the subject in society and promoting their quality of life.

The psychomotor intervention as support is based on movement.

In individuals with IDD, the movement is influenced by functional and relational aspects, since they have a weak adaptive capacity.

So, the report comprises the literature review of the concepts relevant to the scope of the stage and the formal institutional framework. Also there is a description of the population followed by the intervention performed.

Key-words: Evaluation, Psychomotor Intervention, Internship, Intellectual and Developmental Difficulties, Supports, Functionality, CERCICA

ÍNDICE

1. Introdução.....	7
2. Enquadramento da Intervenção Psicomotora	9
2.1. Caracterização da Instituição	9
2.1.1.Percurso Histórico das CERCI's	9
2.1.2.Percurso histórico da Cercica	9
2.1.3.Missão, visão e valores	10
2.1.4.População Alvo	11
2.1.5.Respostas Sociais e Empreendedoras	12
2.2. Núcleo Terapêutico e de Actividade Motora (NTAM)	14
2.2.1.Instalações onde se desenvolvem as atividades do NTAM	14
3. Enquadramento Teórico da Intervenção Psicomotora na CERCICA	17
3.1. Intervenção Psicomotora.....	17
3.1.1.Intervenção Psicomotora: instrumental e relacional.....	19
3.1.2.Intervenção Psicomotora: individual vs. grupal	21
3.2. Intervenção Psicomotora em Meio Aquático.....	22
4. Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental – Revisão da Literatura.....	23
5. Trissomia 21	27
6. Síndrome de X-Frágil.....	30
7. Deficiência motora	31
8. Perturbações do Espectro do Autismo	32
9. Epilepsia	34
10. Intervenção Psicomotora em contexto institucional com as populações com DID	37
11. Realização da Prática Profissional.....	41
11.1. Organização e duração do estágio	41
11.2. Horários de estágio	42
11.3. Locais de Intervenção	44

11.4. Organização das sessões.....	44
11.5. Grupos.....	45
11.6. Apoios acompanhados (a partir de 23 de Janeiro de 2012)	46
11.6.1.Caracterização dos grupos de intervenção.....	47
11.6.2.Avaliação.....	50
12. Estudo de Caso	58
12.1. Apresentação de caso	58
12.2. Avaliação inicial	60
12.3. Apresentação dos Resultados da Avaliação Inicial	64
12.4. Plano de Intervenção (PI)	65
12.5. Intervenção e estratégias.....	66
12.6. Avaliação final.....	70
12.7. Análise Global de resultados.....	71
13. Atividades Complementares	72
14. Conclusão, síntese geral e perspetivas para o futuro	75
15. Referências Bibliográficas	79

Índice de Quadros

Quadro 1- Classificação da epilepsia e síndromes epilépticos.....	36
Quadro 2- Horário inicial da Estagiária da FMH.....	42
Quadro 3- Horário final da Estagiária da FMH.....	43
Quadro 4- Exemplar de planeamento de psicomotricidade de grupo sessão tipo.....	55
Quadro 5- Exemplar de planeamento de Educação Física (Aparelhos).....	57
Quadro 6- Avaliação Inicial em Psicomotricidade do estudo de caso.....	61
Quadro 7- Exemplar de planeamento de psicomotricidade de grupo.....	67
Quadro 8- Exemplar de planeamento de hidroterapia individual.....	69

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se na unidade curricular do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, doravante designado por Atividades de Estágio, integrada no 2º ano do mestrado de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade Técnica de Lisboa, tendo como objetivos gerais os seguintes (RACP, 2012):

- Estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida às Pessoas com situações de Deficiência, Perturbações e Desordens/Distúrbios), nas suas vertentes científica e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar;
- Desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção;
- Desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

Desta forma, foram concretizadas as atividades previstas para a obtenção de competências no âmbito do planeamento e operacionalização de programas de RPM individualizados e adequados à população com a qual se interviu, através da aplicação de metodologias e instrumentos específicos (RACP, 2012).

O Estágio foi realizado na CERCICA, no Núcleo Terapêutico e de Atividade Motora (NTAM), com jovens com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental, ao longo do ano letivo 2011/2012.

Para uma melhor compreensão do presente Relatório, este documento está organizado essencialmente por duas partes. Uma primeira referente à caracterização institucional formal, onde é descrita a instituição e a sua relação com outros contextos, para depois se proceder ao enquadramento da prática profissional na CERCICA, do qual consta uma revisão bibliográfica sobre o conceito de Psicomotricidade, bem como dos domínios relevantes para o âmbito do estágio em causa.

Na segunda parte sobre a realização da prática profissional, são abordadas todas as temáticas inerentes ao relatório desta natureza: a descrição resumida da população apoiada, a calendarização das atividades, a caracterização do contexto de intervenção, o processo de intervenção (avaliação, planeamento da intervenção e resultados do processo de intervenção), a caracterização do estudo de caso acompanhado, e por fim, as atividades complementares de formação. Na parte final do documento, são ainda apresentadas as conclusões relativas à experiência ao longo de todo este ano letivo, bem como algumas ideias e perspetivas para o futuro. Os anexos deste trabalho, planeamentos e relatórios das sessões, serão apresentados em formato digital.

Parte I

2. ENQUADRAMENTO DA INTERVENÇÃO PSICOMOTORA

2.1. Caracterização da Instituição

Dado o âmbito do estágio ter sido em meio institucional, torna-se relevante apresentar uma breve caracterização da instituição onde se desenvolveu a intervenção, pelo que será realizada uma introdução sobre o percurso histórico das CERCIs, para numa fase posterior se proceder à descrição breve e geral da CERCICA – instituição onde decorreu todo o estágio.

2.1.1. Percurso Histórico das CERCI's

As Cerci's surgem em 1975, como forma de resposta às necessidades sentidas por pais, técnicos e outras pessoas interessadas por todo o tipo de questões associadas às pessoas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID) (FENACERCI, 2008).

Inicialmente, as Cerci's trabalhavam apenas na área da Educação, com as escolas de Educação Especial para jovens e crianças com deficiência. Com o passar do tempo surgiram novas necessidades às quais não havia capacidade de resposta. Neste sentido, há a necessidade de criar novos serviços como forma de resposta às necessidades sentidas. Assim, surgem os Centros de Formação Profissional, Centros de Actividades Ocupacionais, Unidades Residenciais, Serviços de Intervenção Precoce, Centros de Emprego Protegido e os Enclaves (FENACERCI, 2008).

Neste sentido os grandes objetivos das Cerci's são integrar e mostrar o valor das pessoas com DID e multideficiência (FENACERCI, 2008).

2.1.2. Percurso histórico da Cercica

A CERCICA (Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais) nasceu em 1976, como resultado do empenho de um grupo de pais, técnicos e outras pessoas interessadas em dar continuidade à educação da população com DID em idade escolar, que não encontrava resposta adequada às suas necessidades no Ensino Regular. Neste período não existiam escolas, associações ou instituições que pudessem acolher e proporcionar um desenvolvimento adequado às crianças com DID, pois nem mesmo as escolas de ensino regular possuíam estruturas, quer a nível de recursos humanos quer a nível de infra-estruturas físicas, que possibilitassem a frequência de alunos com necessidades educativas especiais nas mesmas. As únicas escolas existentes eram institutos para cegos, surdos e outras escolas de ensino especial, que tinham sido criadas com fins lucrativos e apenas na região de Lisboa, fazendo com que as outras regiões do país não fossem abrangidas por nenhuma escola de ensino especial (CERCICA, 2012).

Perante esta situação, e para conseguir dar resposta a todas as famílias foram construídas outras instituições com objetivos semelhantes: as CERCI's. Das 52 CERCI's autónomas existentes em Portugal atualmente, todas elas se encontram congregadas na FENACERCI, Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social, sendo esta a estrutura representante destas cooperativas e que tem como objetivo, através das organizações associadas, defender os interesses e os direitos das pessoas com DID e suas famílias (CERCICA, 2012).

Em 1976, após todos os processos inerentes à abertura deste tipo de instituição, concretiza-se a abertura oficial do primeiro centro da CERCICA, a 27 de Outubro, numa vivenda localizada no Estoril, como Escola de Ensino Especial com 15 alunos (CERCICA, 2012).

À medida que as crianças, que frequentavam esta instituição, iam crescendo, surgiram novas necessidades. Desta forma, em 1984 foram criadas condições para ser iniciada a via da pré-profissionalização de jovens com deficiência, com aprendizagens em empresas locais. A Câmara Municipal de Cascais sempre se prontificou em auxiliar a expansão do trabalho desenvolvido pela CERCICA, inicialmente com a cedência de terrenos para a construção das novas instalações do Centro de Reabilitação Profissional de Cascais (C.R.P.C) e posteriormente com a solicitação de diversos serviços remunerados (e.g.: postais de Natal, serviços de jardinagem...- (CERCICA,2012).

Em 1986 dá-se início à construção das instalações do Centro (C.R.P.C.) no Livramento. A abertura deste centro deu-se em 1991, funcionando com oito cursos profissionalizantes e com a participação de vinte e nove alunos. Ao longo dos anos a CERCICA tem vindo a expandir as suas instalações e criado espaços distintos para a prática de diversas atividades como: uma oficina de artes gráficas, estufas para horticultura, um centro de recursos, uma lavandaria, um armazém de produtos agrícolas gerados nas estufas da instituição, uma piscina e várias residências/lares para jovens com DID (CERCICA, 2012).

É importante referir que, também com o avançar dos anos, e com o aumento da população a quem se destinam os serviços da CERCICA, a instituição foi adquirindo várias carrinhas para assegurar o transporte dos clientes de e para a instituição (CERCICA, 2012).

Atualmente, a instituição tem por missão a Solidariedade Social e o desenvolvimento de atividades de apoio em diferentes domínios de intervenção, dirigidos a indivíduos com DID ou com problemas de inserção socioprofissional, visando a defesa dos seus direitos individuais, de pessoa e de cidadania (CERCICA, 2012).

2.1.3. Missão, visão e valores

A instituição apresenta como missão a promoção de forma sustentada de um contexto profissional de excelência, a qualidade de vida e a inclusão das pessoas com dificuldade intelectual e desenvolvimental, posicionando-se como parceiro estratégico e nuclear para as famílias, entidades públicas, empregadores e outros atores sociais. Em termos de visão, a instituição pretende ser uma instituição de referência, no âmbito da habilitação e capacitação das pessoas com DID, na criação de oportunidades inclusivas para o exercício autónomo de uma plena cidadania (CERCICA, 2012).

A mesma defende ainda valores como o respeito, a inovação, a transparência, responsabilidade, a confiança, e o empreendedorismo. O respeito tem que ver com o reconhecer e valorizar os direitos e deveres dos clientes, famílias, colaboradores, agindo em conformidade. A inovação é um projeto individual e coletivo que procura transformar, em permanência, a realidade da instituição de modo a dar uma resposta eficaz, através da partilha, da criatividade e flexibilidade, promovendo a reflexão sobre a prática da instituição. A transparência diz respeito à administração com rigor e honestidade das atividades desenvolvidas pela instituição de modo a que as práticas, decisões e funcionamento sejam comunicadas de forma clara e precisa (CERCICA, 2012).

A responsabilidade tem que ver com as questões de decidir e atuar em conformidade com a visão, missão e valores da organização. A responsabilidade diz respeito às funções de cada um, num contexto de trabalho em equipa. A confiança diz respeito a acreditar nas capacidades e potencialidades dos clientes e colaboradores. Finalmente o empreendedorismo diz respeito ao ousar concretizar projetos inovadores, em

parceria e de forma sustentada, elaborados a partir de estímulos resultantes das necessidades de uma sociedade exclusiva (CERCICA, 2012).

2.1.4. População Alvo

A CERCICA é uma instituição aberta à comunidade, que atende clientes desde crianças de 0 anos a idosos, com e sem dificuldades.

Para uma melhor compreensão da organização da CERCICA e de forma a contextualizar o núcleo no qual se desenvolveram as atividades de estágio é apresentado o organograma da instituição, na figura 1. (CERCICA, 2012).

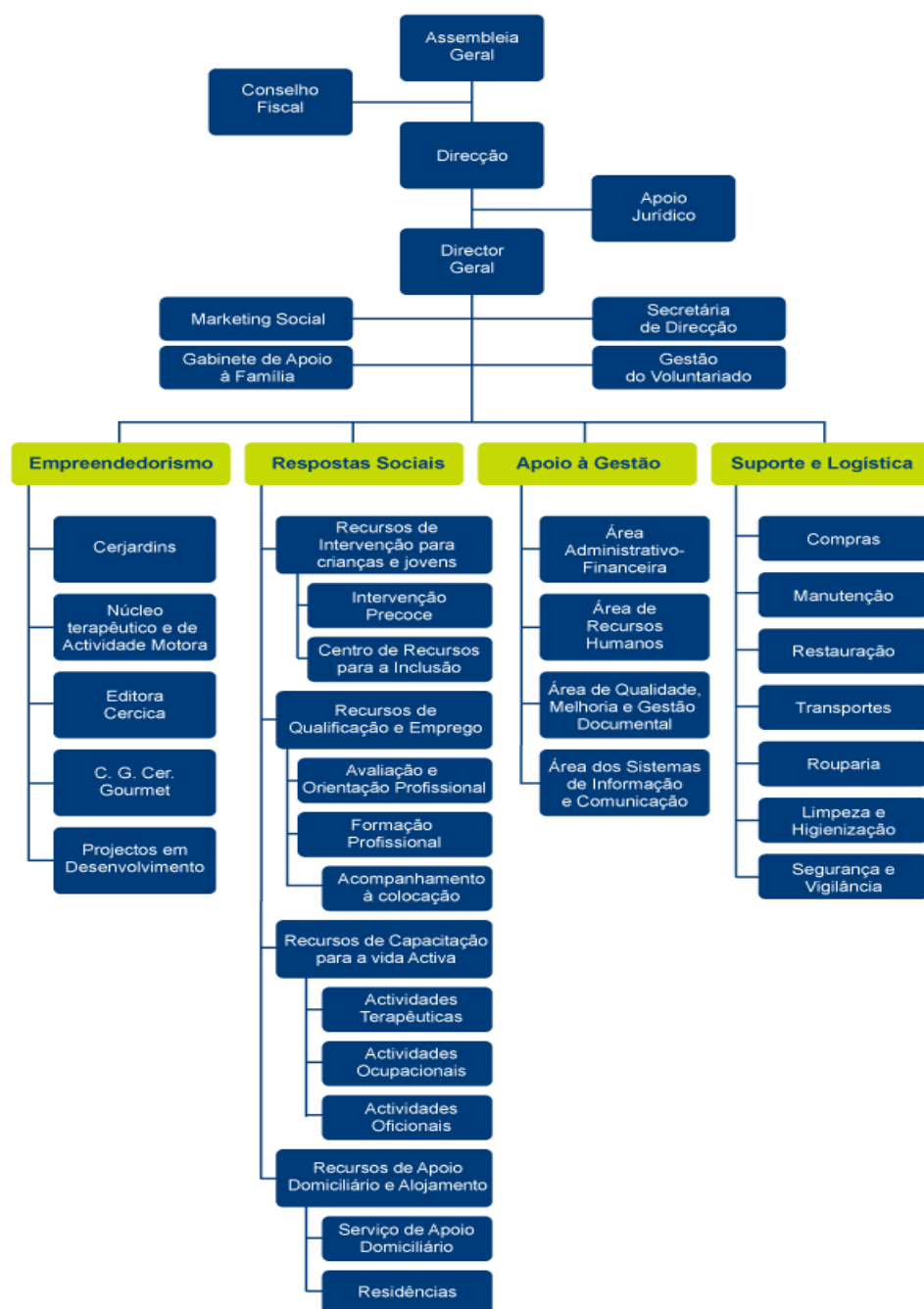


Figura 1. Organograma da CERCICA (CERCICA, 2012).

2.1.5. Respostas Sociais e Empreendedoras

Numa perspectiva de reabilitação baseada na comunidade, a CERCICA trabalha em parceria, através da conjugação de esforços das pessoas com deficiência, famílias, empresas, organizações governamentais e não-governamentais, contribuindo assim para a sensibilização da sociedade e para a inclusão da Pessoa com deficiência. A CERCICA assume-se hoje como um recurso para Todos, pelo que tem alargado as suas atividades à comunidade envolvente. Neste sentido, desenvolveu um conjunto de respostas sociais e empreendedoras de forma colmatar as necessidades sentidas pela população que atende (CERCICA, 2012).

No processo da implementação de um sistema de gestão da qualidade, foram definidas as missões de todas as áreas/serviços e a área de Programas e **Respostas Sociais** para Pessoas com DID engloba:

- Os **Recursos de Intervenção para Crianças e Jovens** que se centram na promoção de intervenções especializadas e terapêuticas dirigidas a crianças devidamente diagnosticadas e a jovens com necessidades educativas especiais, no âmbito do seu trajeto educativo. Neste sentido, os serviços envolvidos nestes recursos são 1) a **Intervenção Precoce** (IP), que pretende promover o apoio integrado a crianças entre os 0 e os 6 anos e à família, em risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou em risco grave de perturbações de desenvolvimento, através de ações preventivas e reabilitativas, com vista a potenciar o seu desenvolvimento; e 2) o **Centro de Recursos para a Inclusão** (CRI) que visa promover, nas escolas, os meios técnicos e os recursos humanos especializados facilitadores do desenvolvimento das crianças e jovens com necessidades educativas especiais, no âmbito da interação concertada dos diferentes agentes educativos, com vista a uma plena inclusão na escola e na comunidade (Plano de Atividades e Orçamento, 2012);
- Os **Recursos de Qualificação e Emprego** que têm como objetivo promover, de modo sustentado, ações de avaliação, orientação, formação profissional e acompanhamento à colocação para potenciar o acesso, a manutenção e a progressão no emprego de Pessoas com DID, contribuindo para a sua plena inclusão. Estes recursos englobam a Avaliação e Orientação Profissional dos clientes inscritos no Centro de Emprego, na tomada de decisões vocacionais adequadas à sua inserção no mercado de trabalho, através da disponibilização de informação, da avaliação e da orientação profissional (Plano de Atividades e Orçamento, 2012);
- A **Formação Profissional** (FP) que pretende desenvolver, em parceria com todas as partes interessadas, ações de formação e qualificação profissional destinadas a potenciar o acesso ao emprego de Pessoas com DID com idade superior a 16 anos e o **Acompanhamento à Colocação** que pretende assegurar ações de apoio à colocação e acompanhamento pós-colocação, através de apoio técnico aos clientes e às Entidades Empregadoras, visando a inserção profissional (Plano de Atividades e Orçamento, 2012);
- Os **Recursos de Capacitação para a Vida Ativa/CAO** que englobam as Atividades Terapêuticas, Ocupacionais e Oficiais, constituem também uma resposta social e pretendem desenvolver atividades, de modo criativo e inovador, para potenciar capacidades, qualidade de vida e bem-estar das pessoas com DID e com idade superior a 16 anos (Plano de Atividades e Orçamento, 2012): as Atividades Terapêuticas pretendem promover a manutenção das capacidades e da qualidade de vida de pessoas com DID, em situação de maior dependência; as Atividades Ocupacionais visam manter e promover o desenvolvimento das

capacidades e da autonomia e as Atividades Oficiais promovem atividades que visem a manutenção e o desenvolvimento das capacidades, das competências e da autonomia, através do desenvolvimento de produtos e da produção de bens, contribuindo para a sua inclusão (Plano de Atividades e Orçamento, 2012);

- Os **Recursos de Apoio Domiciliário e Alojamento** para prestar cuidados individualizados, no domicílio ou em residências, a Pessoas com DID e pretendem promoverem o alojamento e a prestação de cuidados individualizados e personalizados, a pessoas com DID de forma a satisfazer as suas necessidades de acolhimento, funcionais, instrumentais e de reabilitação, contribuindo para a sua autonomia e qualidade de vida (Plano de Atividades e Orçamento, 2012);
- Relativamente às áreas de construção e desenvolvimento de projetos e organizações, socialmente responsáveis e promotores de inclusão, visando a sustentabilidade social, económica e ambiental, a CERCICA possui a **Cerjardins** que constitui uma empresa de inserção na área da jardinagem, que tem como objetivos profissionalizar pessoas em desvantagem socioprofissional com dificuldade intelectual ou em risco de exclusão social, com vista à sua integração no mercado de trabalho. A **Editora Cercica** (edição de conteúdos educativos e lúdicos acessíveis a todos os públicos) e **O CerGourmet** (serviços de restauração, personalizados e diferenciados, integrando jovens em inserção profissional numa base de responsabilidade e sustentabilidade sociais) são também respostas empreendedoras (Plano de Atividades e Orçamento, 2012); e
- Finalmente, o **Núcleo Terapêutico de Atividade Motora (NTAM)** como resposta empreendedora que visa desenvolver intervenções terapêuticas, lúdico-recreativas, de promoção da saúde e da condição física a pessoas com DID, bem como ao público em geral, contribuindo para a sua qualidade de vida e plena cidadania (Plano de Atividades e Orçamento, 2012).

No sentido em que toda a atividade da estagiária se processou no NTAM, proceder-se-á, neste momento, a uma apresentação do mesmo.

2.2. Núcleo Terapêutico e de Actividade Motora (NTAM)

O NTAM dispõe de uma equipa especializada de técnicos e outros profissionais que cooperam no sentido de assegurar a promoção e o desenvolvimento dos seus clientes nos mais diversificados domínios. A equipa é constituída por vinte e um elementos (Flores, 2012):

- 1 Coordenadora (técnica de Educação Especial e Reabilitação);
- 5 Técnicas Superiores de Educação Especial e Reabilitação;
- 2 Professora auxiliar;
- 2 Técnicos Superiores de Exercício e Saúde;
- 4 Fisioterapeutas;
- 5 Vigilantes de apoio ao balneário e transportes;
- 2 Administrativas.

2.2.1. Instalações onde se desenvolvem as atividades do NTAM

a) Ginásio

O ginásio da CERCICA, através da observação feita pela estagiária, apresenta um espaço amplo, para as atividades de ginásio lá praticadas com os clientes. Tal como a piscina, o ginásio é um espaço que conta com a presença de luz natural devido à existência de uma porta de comunicação com a exterior em vidro (porta de emergência). Para além desta fonte de luz, existem ainda outras quatro fortes fontes de luz artificial no tecto.

Relativamente ao acesso, este pode ser feito através dos balneários, pois tanto o balneário feminino como o masculino, têm entrada direta para o espaço. Para além dos balneários existe também uma porta à entrada do NTAM que dá acesso ao ginásio, porta esta que contém dois grandes círculos de vidro para que os acompanhantes dos clientes possam seguir as sessões praticadas. No ginásio encontram-se ainda mais duas portas: uma para um gabinete de técnicas e outra para a arrecadação, onde é guardado material utilizado neste espaço.

No que diz respeito ao material, os clientes podem usufruir de espaldares, vários colchões, bancos suecos, pinos, bastões, bolas de basquetebol, bolas de ténis, arcos, dois cestos de basquetebol, raquetes, uma mesa de ténis-de-mesa, um cavalo, cordas, entre muitos outros objectos guardados na arrecadação acima referida. É importante referir a possibilidade de pôr música no espaço, pois esta pode ser um elemento fundamental, nomeadamente no domínio da psicomotricidade.

As principais atividades e terapias desenvolvidas pelo NTAM neste espaço são (CERCICA, 2012):

- **Dança:** visa a expressão e a experiência do indivíduo através do corpo, desenvolvendo a coordenação motora, a lateralidade, a atenção, a memória, bem como a integração emocional, cognitiva, social e física do cliente;

- **Educação Física:** aquisição e manutenção de capacidades inerentes a diferentes modalidades desportivas, bem como a promoção das competências sociais e a condição física;
- **Atividade Motora Adaptada:** promoção do movimento e a aquisição e melhoria da coordenação e equilíbrio;
- **Localizada:** tonificação muscular, com benefícios ao nível da coordenação motora, flexibilidade e capacidade respiratória; e
- **Pilates:** Aulas onde se trabalham os músculos posturais, flexibilidade, força e resistência. Ótimo para aliviar tensão e o stress.

b) Sala de aparelhos

A sala de aparelhos constitui um espaço onde se realizam habitualmente atividades cardiovasculares. Por observação, é possível referir que se trata de uma sala de pequenas dimensões, com luz artificial. Em termos de material, dispõe de três passadeiras eléctricas, um step, um remo ergómetro, duas cicloergómetros, uma elíptica, um ski, uma multiuso, dois bancos suecos, um espaldar e três colchões. Existe também um rádio que é utilizado na maioria das sessões. Relativamente ao acesso, a sala possui duas portas de acesso, uma que dá acesso directo a outra sala e a porta que é utilizada habitualmente. Para se aceder à sala de aparelhos é necessário descer um lance de escadas de cerca de dez degraus.

c) Piscina

A piscina da CERCICA tem de dimensões 15m x 9m, e a profundidade varia entre os 90cm e os 110cm. No que diz respeito ao recinto onde está inserida, é considerado bem iluminado pelas dez grandes janelas (cinco de cada lado) que dão para o exterior, e ainda outras dez mais pequenas localizadas no topo do mesmo, o que permite uma grande quantidade de luz natural. Sobre a piscina encontram-se ainda oito grandes fontes de luz que asseguram a iluminação quando a luz natural se torna insuficiente. A temperatura da água ronda os 31.5°C.

O acesso ao recinto da piscina é feito através dos balneários, quer pelas técnicas quer por todos os clientes que utilizam a piscina da instituição. No entanto, para aceder à piscina existem algumas normas a ser cumpridas - as Normas de Funcionamento da Piscina. A entrada na água pode ser facilitada pelas escadas localizadas em três dos quatro cantos da piscina, sendo que no outro canto está localizada uma cadeira elevatória que permite a entrada na água a pessoas com problemas motores nos membros inferiores, ou que não consigam utilizar as escadas. Salienta-se ainda a barra de apoio existente ao longo de todas as paredes da piscina.

A piscina dispõe de uma vasta quantidade de materiais: escorrega, steps, arcos, pullboys, halteres, pranchas, bolas e cubos de variadas cores, pinos, noodles, entre outros. De salientar, é ainda a existência de um bar, que por estar localizado acima do plano da piscina e por ter uma vitrina que dá para o recinto, permite aos eventuais acompanhantes dos clientes assistir às sessões decorrentes na piscina.

Inicialmente a piscina da CERCICA era utilizada apenas pelos clientes que frequentavam as diferentes valências da instituição, contudo, em 2004, as suas atividades foram abertas à comunidade exterior. As instalações possibilitam um fácil acesso, por parte dos clientes, além de facilidade em termos de estacionamento. Encontra-se num espaço envolvido por

espaços verdes, permitindo num ambiente de tranquilidade e qualidade ambiental. As instalações são adaptadas a pessoas com mobilidade reduzida, oferecendo atividades para todas as idades e para todas as pessoas, independentemente das limitações. A cooperativa é constituída por uma equipa de técnicos especializados e devidamente credenciados, apostando-se na formação de turmas reduzidas permitindo, desta forma, uma relação próxima com os alunos (CERCICA, 2012).

As principais atividades desenvolvidas pelo NTAM neste espaço são (CERCICA, 2012):

- **Natação Bebés:** adaptação ao meio aquático de bebés e crianças dos 6 meses aos 3 anos, sendo necessário o acompanhamento por parte de um adulto;
- **Natação Crianças 3–6 anos:** adaptação ao meio aquático; iniciação a algumas técnicas de natação; promoção do desenvolvimento psicomotor;
- **Natação Crianças (maiores 6 anos) e Adultos:** aprendizagem, aperfeiçoamento das técnicas de natação;
- **Natação Terapêutica (individual ou grupo):** ensino de técnicas de natação a alunos com necessidades especiais e específicas, sendo sempre acompanhados por um técnico. Quando em grupo este terá no máximo quatro alunos;
- **Hidroginástica:** exercícios aeróbicos (cardio, local e coreografia) para promover a melhoria da resistência cardiorespiratória, força, resistência muscular localizada, flexibilidade ou mobilidade articular e composição corporal;
- **Hidroginástica Sénior:** aulas de Hidroginástica mas adaptadas à população com mais de 55 anos (sem impactos e englobando exercícios terapêuticos adequados às idades em questão).

As principais terapias prestadas aos clientes são (CERCICA, 2012):

- **Psicomotricidade:** terapia de prevenção, educação ou de reeducação onde se estuda e compensa a conduta psicomotora inadequada ou inadaptada através da consciencialização corporal. Esta terapia incide essencialmente em três problemáticas distintas: ao nível corporal, relacional e cognitivo. Visa a promoção e/ou manutenção de capacidades psicomotoras (tonicidade, equilíbrio, noção de corpo, estruturação espácio-temporal, lateralidade, praxia global e fina) e de relação;
- **Hidroterapia:** utiliza os efeitos da imersão e propriedades da água na aplicação conjunta das técnicas específicas de fisioterapia e da psicomotricidade;
- **Fisioterapia:** utiliza modalidades educativas e terapêuticas específicas com base essencialmente no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais com a finalidade de tratar, habilitar ou reabilitar clientes com disfunções de natureza física, mental e de desenvolvimento ou outras com o objetivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida;
- **Equitação terapêutica:** Método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo numa abordagem interdisciplinar, nas áreas da fisioterapia, desenvolvimento de competências e equitação adaptada, com a finalidade de promover o desenvolvimento biopsicossocial da pessoa;
- **Correção postural:** atividade de grupo que visa o ensino e a prática de exercícios que permitem melhorar a atitude postural.

Finalizada a caracterização do espaço de intervenção da estagiária, proceder-se-á em seguida à contextualização da Intervenção Psicomotora na CERCICA.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NA CERCICA

A organização dos contextos onde foi desenvolvida a intervenção psicomotora esteve condicionada pelo tipo e grau da problemática, sendo importantes decisões como: o apoio (individual ou grupal); a necessidade de uma ação mais, ou menos diretiva; e a componente a utilizar (instrumental ou relacional). Estas opções em relação ao contexto da intervenção dependeram principalmente dos clientes, das suas características, necessidades e interesses, bem como dos diagnósticos em questão.

Deste modo, ao longo da intervenção psicomotora, a estagiária desenvolveu a sua atividade em dois meios distintos: o meio terrestre e o meio aquático.

A intervenção psicomotora nestes dois contextos distintos permite ao indivíduo vivenciar e experienciar todas as mudanças, levando a que o mesmo passe a ter consciência das referências para se organizar (Matias, 2005).

Com o intuito de enquadrar todo o trabalho desenvolvido no Estágio considera-se fulcral referir de forma sintética a intervenção psicomotora, as vertentes instrumental e relacional e a forma como foram aplicadas no âmbito da atividade da estagiária, os diferentes contextos onde se concretizou a intervenção psicomotora e o trabalho em contexto grupal e individual.

3.1. Intervenção Psicomotora

Para a Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP, 2011) a Psicomotricidade pode ser definida “como o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e as influências entre o psiquismo e a motricidade”.

Por seu lado, Martins (2010 cit in Matias, 2010) defende a ideia que a Psicomotricidade consiste numa reeducação ou terapia de mediação corporal e expressiva, na qual o psicomotricista estuda e compensa as condutas motoras inadequadas, em diversas situações ligadas a problemas de desenvolvimento e maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito psicoafetivo.

Para Fonseca (2007) a psicomotricidade concebe os determinantes biológicos e culturais do desenvolvimento da criança, sendo muito importante para elaborar uma teoria psicológica que estabeleça relações entre o comportamento e o desenvolvimento da criança e a maturação do sistema nervoso, pois só nessa medida se podem construir estratégias educativas, terapêuticas e reabilitativas adequadas às suas necessidades específicas.

A finalidade da intervenção psicomotora é agir por intermédio do corpo sobre as funções mentais, comportamentais e psicológicas, tendo em conta a dimensão relacional. Sendo a ciência que tem como objeto de estudo o homem, através do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo, subentende uma concepção holística de aprendizagem e de adaptação do ser humano, que tem por fim associar de forma dinâmica o ato ao pensamento, o gesto à palavra, o símbolo ao conceito (APP, 2011).

A motricidade exerce uma grande influência no psiquismo do indivíduo, ao ponto do processo intelectual depender da maturidade do sistema nervoso. Desde os primeiros

momentos da sua vida, a criança responde a estímulos do meio ambiente através do movimento (APP, 2011). Assim, segundo Fonseca (2007), o psiquismo e o motor não são uma consequência linear.

A intervenção psicomotora pretende, assim, facilitar a interação entre a motricidade, a afetividade e a mente, pois acredita que o desenvolvimento motor normal está diretamente relacionado com esses três fatores. Os participantes são, então, estimulados a agir ativamente em cada exercício proposto, pois o objetivo final da tarefa é proporcionar experiências significativas aos participantes, podendo atuar a três níveis (APP, 2011):

- **Preventivo:** promoção e estimulação do desenvolvimento, incluindo a melhoria e manutenção de competências de autonomia ao longo de todas as fases da vida;
- **Educativo:** nos contextos em que se pretende, essencialmente, estimular o desenvolvimento psicomotor e o potencial de aprendizagem;
- **Reeducativo ou terapêutico:** quando a dinâmica do desenvolvimento e da aprendizagem está comprometida, ou, ainda, quando é necessário ultrapassar problemas psicoafetivos de base relacional, que comprometem a adaptabilidade da pessoa.

Apesar da intervenção psicomotora se desenvolver nos diferentes âmbitos (preventivo, reeducativo e terapêutico), nos Centros de Atividades Ocupacionais designado por Centro de Recursos, na CERCICA apenas os âmbitos preventivo e reeducativo fazem sentido na intervenção desenvolvida nestes Centros. A intervenção do psicomotricista baseia-se nestes casos, na identificação de problemas de origem psicomotora e na recolha e apreciação de dados dos clientes com os quais realiza intervenção, de forma a haver definição de objetivos de intervenção e o consequente estabelecimento de prioridades tendo em conta as necessidades e interesses do indivíduo em questão, o que vem confirmar o defendido pela APP (2010).

A intervenção psicomotora é a ciência que atua sobre o corpo em movimento, na sua descoberta do espaço e de novas sensações tendo à sua disposição várias técnicas (de relaxação, de educação e reeducação gnoso-prática, de consciencialização corporal, expressivas e lúdicas e terapêuticas - Sousa, 2005; Vieira, 2009) e métodos, para reeducar o movimento, podendo envolver ao mesmo tempo, funções cognitivas (inteligência), que procura em conjunto com outros profissionais de saúde contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos clientes.

A intervenção psicomotora na CERCICA tem por base conceitos como a funcionalidade, a transição para a vida ativa e qualidade de vida (Custódio & Santos, 2011; Valente, Santos & Morato, 2011) onde o desenvolvimento psicomotor de um indivíduo é influenciado pela interação com o contexto ecológico em que se insere, sendo portanto necessário que o técnico veja o cliente numa visão holística, considerando todas as suas capacidades (motoras, sociais, afetivo-emocionais, intelectuais...) para dar ao cliente a oportunidade de utilizar o seu corpo como local de manifestação do seu ser, no envolvimento (Martins, 2001).

Martins (2001) relembra ainda que a intervenção psicomotora objectiva a qualidade da relação entre o sujeito e o seu contexto, pelo que a mediação corporal procura promover o desenvolvimento da actividade perceptiva, simbólica e concetual da experiência sensoriomotora, valorizando a intencionalidade e a consciencialização da ação.

A intervenção psicomotora na instituição, tal como em outros contextos, caracteriza-se por ser uma intervenção por mediação corporal e expressiva, através da qual se procura compensar a expressão motora inadequada em diferentes situações ligadas a problemas de desenvolvimento e de maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito psicoafectivo, intervindo através do corpo e atribuindo significação simbólica ao corpo em ação. Sem o suporte psicomotor, o pensamento não terá acesso aos símbolos e à abstração (Martins, 2001).

No âmbito da intervenção psicomotora, podemos deparar com uma intervenção mais do tipo instrumental ou relacional, pelo que em seguida, será abordada esta distinção.

3.1.1. Intervenção Psicomotora: instrumental e relacional

Segundo Martins (2001) o psicomotricista considera que as potencialidades psíquicas, emocionais e motoras de um cliente estão em frequente interação com o corpo, considerando-o o local de manifestação de todo o ser. Desta forma, o instrumento de trabalho assenta no corpo em movimento (o seu, o do indivíduo como meio de relação consigo mesmo, com o outro e com o envolvimento). O mesmo autor considera ainda que a manifestação do ser está nas posturas, nas atitudes, nos gestos e mímicas tomando a consciência corporal condição e instrumento da consciência de si.

A **intervenção psicomotora** centrada numa componente **instrumental** tem maior fundamentação cognitiva e neuropsicológica. Segundo Martins (2001), esta componente foca-se nas situações-problema, que são apresentadas de forma a serem vividas como situações de êxito, estabelecendo a capacidade de ruptura com os bloqueios e resistências melhorando ainda a sua auto-estima e autoconfiança. A situação problema apela à descoberta e ao pensamento divergente ao provocar um esforço de atenção, como também um diferenciar das fontes de informação, tal como uma adaptabilidade sistemática ao ambiente envolvente.

Para a intervenção ser bem-sucedida a situação problema deve envolver linguagem oral, quer na antecipação, quer na avaliação da atividade efetuada no final da mesma, de modo a comparar o resultado desejado com o obtido, tornando assim possível ao indivíduo situar as suas possibilidades em relação ao envolvimento (Martins, 2001).

É necessário que entre o estímulo e a resposta exista uma fase de mediação cognitiva que favoreça os processos de análise, integração e elaboração da informação (Martins, 2001). Segundo o mesmo autor, os materiais utilizados devem ser introduzidos, não só pela sua funcionalidade e utilização prática mas pela produção do tipo simbólico que vão desenvolver. Tal como defende Costa (2008) os materiais estabelecem influência no indivíduo tanto pela sua forma, peso, cor, texturas, significado e recordações, pois o impacto propriocetivo criado pelo material promove uma transformação no indivíduo atuado, esta transformação deve ser considerada como uma mais-valia pois enriquece o actuado com novas informações.

Para Martins (2001) os instrumentos mais importantes são constituídos tanto pelo corpo do terapeuta, como do indivíduo. O espaço de relação, o espaço de terapia, os tempos e os ritmos de sessão são considerados como outros objetos disponíveis. O mesmo autor considera que estes meios tornam-se eficazes quando acompanhados por uma atmosfera lúdica na qual o terapeuta esteja envolvido (Martins, 2001).

Por outro lado, a **intervenção psicomotora** de carácter **relacional** visa desenvolver e aprimorar os conceitos relacionados ao enfoque da Globalidade Humana. Procura superar o dualismo cartesiano corpo/mente, enfatizando a importância da comunicação corporal, não apenas pela compreensão da organicidade das suas manifestações, mas e essencialmente, pelas relações psicofísicas e socioemocionais do sujeito. Preza por uma abordagem preventiva, com uma perspectiva qualitativa e, portanto, com ênfase na saúde e não na doença (Vieira, Batista e Lapierre, 2005). Por outras palavras, o modelo de intervenção psicomotora de base relacional, assenta na qualidade da relação que se estabelece com a criança numa perspectiva de promover na mesma a iniciativa, a criatividade, o gesto espontâneo, a curiosidade, seguindo a sua própria motivação, para que a criança se sinta maximizada nas suas competências (Costa, 2008).

É uma prática que permite à criança, ao jovem e ao adulto, a expressão e superação de conflitos relacionais, interferindo de forma clara, preventiva e terapêutica, sobre o processo de desenvolvimento cognitivo, psicomotor e socioemocional, na medida em que estão diretamente vinculados a fatores psicoafetivos relacionais (Lapierre, 2002).

Não se trata de uma psicoterapia que põe em jogo a personalidade do sujeito através da análise de sua problemática inconsciente, mas sim, de uma descodificação de seus comportamentos atuais, evidenciando as significações simbólicas e as necessidades que expressam (Lapierre, 2002).

Define-se dessa forma, como um método de trabalho que proporciona um espaço de legitimação dos desejos e dos sentimentos no qual o indivíduo pode mostrar-se integralmente, com os seus medos, desejos, fantasias e ambivalências, na relação consigo mesmo, com o outro e com o meio, potencializando o desenvolvimento global, a aprendizagem, o equilíbrio da personalidade, facilitando as relações afetivas e sociais (Lapierre, 2002).

Introduz na sua prática o jogo espontâneo em que o corpo participa em todas as dimensões, privilegiando a comunicação não-verbal, onde, através de situações lúdicas e dinâmicas, joga com o corpo em movimento, procurando induzir situações nas quais sejam expressos atos desencadeados por sentimentos, que somente mais tarde se traduzirão em termos conscientes, as emoções em que se originaram, ou seja, num primeiro momento de forma impulsiva e inconsciente, para depois chegar ao consciente (Almeida, 2005; Vieira, Batista e Lapierre, 2005).

Isto quer dizer que o comportamento e a comunicação são provocados e desencadeados por imagens de relações inscritas no corpo, com todas as matrizes sensoriais como a visão, audição, o olfacto, paladar, tato, as sensações viscerais, entre outras. Podemos aqui ressaltar o momento de relaxação, em que o encontro consigo mesmo ou com o outro evoca imagens mentais de pessoas, lugares, músicas, cheiros e relações integradas no tempo e no espaço de algo a ser conhecido.

Neste contexto, o sujeito que vive é ao mesmo tempo aquele que sente, observa, percebe e toma conhecimento do que são os seus atos e os sentimentos. Estas imagens sensoriais estão sempre acompanhadas por uma presença, que significa o EU, que é o sentimento do que acontece quando o SER é modificado pelas acções vividas de aprender algo (Vayer, 1984).

Os indivíduos com DID constituem um grupo muito heterogéneo apresentando várias características entre as quais, dificuldades ao nível da atenção, da concentração, da memorização e limitações cognitivo- perceptivas autores/data.

A componente instrumental pode ser uma boa aposta pois, apresenta uma boa fundamentação cognitiva e privilegia o pensamento divergente e situações em que o indivíduo tem oportunidade de descobertas guiadas para atingir o êxito (Martins, 2001).

Por outro lado quando se faz referência a indivíduos que possuem baixa motivação, comportamentos estereotipados e um fraco limiar à frustração, a componente relacional pode ser apresentado, também, como uma boa opção, uma vez que a mesma promove a expressão gestual e a comunicação, estimulando os indivíduos a participarem e a ultrapassarem situações de mal-estar (Martins, 2001).

A intervenção psicomotora em ambas as componentes dará a oportunidade aos indivíduos de se expressarem, de serem mais criativos, de aumentarem a sua autoestima e as suas competências através da valorização pessoal (Costa, 2008).

Deste modo é da responsabilidade do Psicomotricista proporcionar um ambiente favorecedor que permita trabalhar a (s) componente (s) adequada (s) de cada cliente, sendo este favorável à escuta, e que permita provocar o processo de consciencialização para atingir a auto- percepção e competências necessárias (Costa, 2008).

Neste sentido o grande intuito da intervenção psicomotora da estagiária foi o de “ equipar os indivíduos com estratégias e habilidades que estes aplicarão em circunstâncias diferentes da instrução, ou seja, que sejam realizados transferes e generalizações para outras situações” (Beltrán et al 1990, cit *in* Cruz & Fonseca, 2002, 83), ajudando os indivíduos a pensar, e a reestruturar a forma como adquirem e processam a informação (Feurestein et al, 1980, cit *in* Cruz & Fonseca 2002).

É de se realçar que apesar desta distinção teórica, na intervenção concretizada pela estagiária ao longo de todo o ano letivo 2011/2012 houve uma preocupação em intervir de acordo com as necessidades individuais de cada cliente, pelo que não se estabeleceu esta linha divisória estática, “misturando-se” ambas as vertentes.

Ainda no âmbito da intervenção da estagiária, procurou-se, igualmente, fundamentar as opções das sessões em situação individual ou de grupo, dado os apoios prestados pela estagiária adotarem ambos as opções.

3.1.2. Intervenção Psicomotora: individual vs. grupal

Segundo Onofre (2004), a abordagem individual ou grupal depende da capacidade recetiva do indivíduo, de ser ou não capaz de agir com o meio que o rodeia. Para o mesmo autor, viver em grupo, numa experiência autêntica de ações coletivas, dá ao indivíduo a capacidade de dar conta do poder que cada um tem de ultrapassar a sua atualidade. O grupo é por si próprio criador de sensibilidades e conhecimentos, ao mesmo tempo que é organizador de estruturas aplicáveis às situações vivenciadas. Onofre (2004) afirma ainda que numa perspetiva em grupo é importante escutar os outros, ser recetivo aos seus sinais, pois o indivíduo só se conhece quando reconhece o outro, numa relação de reciprocidade com alguém que nos olhe em sintonia e, é nesse momento que se inicia com ele uma vivência grupal.

A estratégia de intervenção mais importante passa pelo fato do indivíduo ter sucesso na ação, como forma de, progressivamente permitir a organização psíquica (toda a ação estabelece-se à volta do contexto terapêutico: o espaço, os materiais, objetos, e as indicações do terapeuta) (Carvalho, 2005).

Ainda neste capítulo será pertinente referir que a intervenção em meio terrestre em contexto de estágio se desenvolveu maioritariamente segundo as modalidades educação física (aparelhos) e psicomotricidade em ginásio, tratando-se ambas de apoios em situação de grupo. A intervenção neste contexto passa pela promoção do movimento/atividade física, como forma de recreação, terapia e expressão, permitindo um estilo de vida ativo dos clientes, contribuindo assim para o bem-estar dos mesmos (Martins, 2001).

A intervenção psicomotora pode ser realizada em diferentes contextos, quer em meio aquático como em meio terrestre. Cada um destes, com as suas próprias características, contribuem de diferentes formas para uma melhoria do potencial adaptativo do sujeito, pelo que também se torna pertinente fazer referência às características e modificações que poderão decorrer neste novo contexto.

3.2. Intervenção Psicomotora em Meio Aquático

No que se refere à intervenção psicomotora em meio aquático, a água constitui um meio propício à vivência de experiências que permitem a melhoria e aquisição de conhecimentos e capacidades, através de um meio lúdico, respeitando a individualidade de cada um e permitindo a iniciativa e a independência (Coleta, 2006; Tsutsumi, Cruz, Chiarello, Júnior & Alouche, 2004).

O meio aquático é um espaço de contenção, num envolvimento fluido e contínuo, que permite o abandono e a entrega a um contacto sensorial tátil e contínuo. Por outro lado, é também um espaço de aventura e exploração, refletindo o efeito do movimento e da presença do corpo, na relação consigo próprio e com os outros (Coleta, 2006; Matias, 2010; Varela et al, 2000).

O envolvimento aquático possui propriedades que lhe são inerentes e cujo aproveitamento tem-se revelado de grande interesse na reabilitação da pessoa com deficiência. A água provoca uma diminuição dos efeitos da força de gravidade sobre o corpo, sendo assim necessário um menor esforço ao nível muscular (Matias, 2005; Matias, 2010; Marques, 2009).

As propriedades da impulsão da água oferecem assistência (a água permite uma grande liberdade de movimentos), resistência (permite à criança controlar, corrigir ou adaptar os seus movimentos) e suporte (a criança pode aprender a sentar-se ou a andar, até mais cedo que em meio terrestre - Matias, 2005; Matias, 2010; Marques, 2009).

A intervenção psicomotora no meio aquático proporciona sensações de prazer e de bem-estar físico, emocional e social na criança (Coleta, 2006; Marques, 2009). Observam-se igualmente efeitos positivos ao nível cardíaco, respiratório, metabólico e circulatório (Marques, 2009).

Matias (2010) apresenta os benefícios da intervenção psicomotora no meio aquático em quatro áreas distintas:

1. Na **área motora**, a intervenção psicomotora no meio aquático promove o desenvolvimento do esquema corporal e de um equilíbrio muscular; o aumento do repertório motor; o desenvolvimento da coordenação geral e segmentar; o desenvolvimento simétrico dos vários eixos envolvidos no movimento; a prevenção de desvios posturais e de atrasos psicomotores, a reabilitação terapêutica e o relaxamento;

2. Na **área emocional-social** a intervenção psicomotora no meio aquático promove o aumento da autoconfiança; a aprendizagem da regulação das emoções; a socialização, a comunicação entre a criança e o adulto e a exploração ativa, no sentido de uma conduta mais independente;
3. Na **área cognitiva** favorece a exploração ativa; o desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas; a aprendizagem construtiva, mediada pelo adulto; a estimulação da concentração e a experimentação de novos desafios; e
4. Por fim, na **área visual e auditiva** a intervenção psicomotora no meio aquático possibilita o desenvolvimento da sensibilidade de contraste e da capacidade de diferenciação de cores; o desenvolvimento da noção de profundidade e distância; o desenvolvimento da capacidade de localização auditiva de objetos ou acontecimentos e o desenvolvimento da discriminação das características dos sons.

Deste modo, a intervenção psicomotora em meio aquático, funciona como um meio de organização de sensações, percepções e cognições, o que se reflete nos objetivos que a intervenção neste meio pretende atingir (Matias, 2005). Estes têm o seu enfoque no desenvolvimento dos seguintes fatores psicomotores (Matias, 2005; Santos, 2010):

- **Noção Corporal** - a água permite à criança tomar consciência do seu esquema corporal, permitindo assim a elaboração de gesto antes da sua execução, como forma de o controlar e corrigir;
- **Lateralização** - a qual se prende com a percepção interna da diferença entre a direita e a esquerda através da especialização hemisférica;
- **Equilibração** – este fator psicomotor constitui a base da autonomia motora. Comparativamente com o meio terrestre, na água a verticalidade torna-se instável pelo que o indivíduo deverá ativar um conjunto de mecanismos para se reequilibrar;
- **Estruturação Espaço-Temporal** - organização sequencial dos gestos no espaço e no tempo com desenvolvimento do sentido rítmico; e
- **Praxia Global e Praxia Fina** – a praxia diz respeito à execução do ato motor voluntário.

Após a apresentação da CERCICA, da contextualização da intervenção psicomotora como recurso existente nesta instituição para a promoção da qualidade de vida e a inclusão das pessoas com DID, proceder-se-á, em seguida, à revisão da literatura sobre esta condição, não no sentido de homogeneizar as características dos indivíduos com os quais se intervém, mas antes numa melhor contextualização da problemática para uma maior compreensão da realidade.

4. DIFICULDADE INTELECTUAL E DESENVOLVIMENTAL – REVISÃO DA LITERATURA

A evolução da investigação na área da Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental tem sido fulcral para uma melhor compreensão da problemática, bem como para o estabelecimento de planos de intervenção mais adequados às necessidades de apoio evidenciadas pelos sujeitos com dificuldades. Neste âmbito, e numa tentativa de traduzir os avanços no paradigma atual de intervenção e investigação com este tipo de população, será adotada, ao longo de todo o documento, a terminologia de Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (em detrimento de expressões estigmatizantes como

deficiência mental ou atrasos de desenvolvimento – Morato & Santos, 2007; Santos & Morato, 2012; Morato & Santos, 2013 no prelo).

Definição

Tanto a definição como a terminologia da DID têm sofrido grandes alterações ao longo dos tempos, com especial evolução nas últimas décadas (Santos & Santos, 2007; Santos, 2010). Inicialmente traduzida apenas por um baixo quociente de inteligência (QI) associado à dificuldade em aprender (Carrilho, 2009), a DID é atualmente definida por Schalock et al (2010) como uma dificuldade que se caracteriza por “limitações significativas ao nível do funcionamento intelectual e do comportamento adaptativo, que se expressam nas capacidades conceptuais, sociais e práticas e que se manifestam antes dos 18 anos de idade.”

No seguimento desta nova perspetiva e de acordo com os mesmos autores, a capacidade intelectual pode ser medida através dos testes de inteligência, sendo considerado que existem limitações significativas quando o QI se encontra dois desvios-padrão abaixo da média (QI <70/75 - Schalock et al, 2010; Santos & Santos, 2007).

No que concerne ao Comportamento Adaptativo, este refere-se “ao conjunto de habilidades aprendidas ou adquiridas para desempenhar com sucesso aspetos e tarefas, no âmbito da independência, responsabilidade pessoal e social, que através de ajustamentos vários procura a adaptação às expectativas socioculturais e etárias vigentes, e que implicam o assumir do papel de membro ativo na comunidade onde o indivíduo se insere” (Santos, 2007).

Por último, é ainda considerado um terceiro critério de diagnóstico que se concretiza na idade com que se manifestam as limitações, quando as limitações ao nível do QI e do comportamento adaptativo surgem antes dos 18 anos de idade (Schalock et al, 2010).

De acordo com o Manual de Diagnóstico de Doenças Mentais, estima-se que cerca de 1 a 3% da população apresenta DID (APA, 2002).

São variados os autores que apontam a existência de cinco premissas (Luckasson et al, 2002; Schalock et al, 2007; Schalock et al, 2010) inerentes à compreensão da nova definição:

1. A **influência do envolvimento**, isto quer dizer que, todas as limitações observadas em cada indivíduo devem ser consideradas de acordo com o contexto onde este se insere e com as expectativas culturais existentes;
2. A **diversidade linguístico-cultural** (e as diferenças comportamentais e de comunicação), que diz que toda a avaliação deve ser feita tendo em consideração as diferenças linguísticas e culturais de cada indivíduo;
3. A noção de que a existência e descrição **de limitações nas habilidades adaptativas** em relação aos seus pares tem como principal objetivo o desenvolvimento de um perfil de apoios;
4. A ideia de que cada pessoa se afirma não só pelas suas limitações mas, principalmente, pelas suas capacidades, sendo necessário reconhecer que todas as pessoas têm áreas fortes e áreas em que precisam de apoio - **coexistência de áreas fortes e fracas**;

5. e, finalmente, a ideia de que a **determinação do perfil e da intensidade dos apoios** necessários deve ter como objetivo avançar e enriquecer o sucesso da integração, sendo que a qualidade de vida de cada indivíduo vai melhorar desde que sejam disponibilizados os apoios de que cada um necessita.

À semelhança do que é referido na definição de DID apresentada por Schalock et al (2010), a terminologia “dificuldade intelectual e desenvolvimental” encerra três conceitos chave (Morato & Santos, 2007; Belo, Caridade, Cabral & Sousa, 2008):

1. o conceito de “**dificuldade**” que reflete as limitações que colocam os indivíduos com DID em desvantagem quando inseridos na sociedade;
2. o conceito de “**inteligência**”, que se refere à capacidade de pensar, planear, resolver problemas, compreender e aprender, sendo expressa numericamente pelos resultados dos testes de QI;
3. e, para terminar, o “**comportamento adaptativo**” que se refere às dificuldades e/ou limitações que as pessoas com DID apresentam ao nível das capacidades conceptuais, sociais e práticas, ou seja, dificuldades e/ou limitações em diversas áreas da vida do sujeito que se revelam importantes para a sua inclusão e normal funcionamento em sociedade, como sejam a linguagem e capacidades académicas, as capacidades físicas para cuidar de si e para realizar as suas actividades de vida diária e as capacidades para estabelecer relações interpessoais e sociais (Santos & Santos, 2007).

Por outras palavras, pode-se dizer que tanto a definição como a terminologia utilizada permanecem problemas complexos, apesar de ser consensual a noção de que a DID implica limitações ao nível intelectual e do comportamento adaptativo, encontrando-se o enfoque da sua definição nas áreas fortes, contextos e necessidade de apoios individual, de forma a melhorar a sua qualidade de vida e a promover a sua plena participação na sociedade (Belo, Caridade, Cabral & Sousa, 2008; Schalock et al, 2010).

É neste paradigma que Schalock et al (2010) atribuem à DID um conceito novo e crucial em que a avaliação e classificação pressupõem a não integração de indivíduos em programas pré-existent, mas antes programas elaborados para o jovem que sirvam de suporte para atender o indivíduo dentro da sua situação social e do seu meio ambiente.

No âmbito da DID, surge ainda o conceito de “qualidade de vida” (QV), que se revela importante e emergente no momento atual de vida de todos os sujeitos, e mais especificamente nos sujeitos diagnosticados com a problemática em questão (Schalock, Gardner & Bradley, 2010).

A QV surge assim na vida das pessoas com DID como uma linha orientadora das áreas em que estas pessoas necessitam de mais apoios e de melhores serviços (Schalock & Alonso, 2002).

De acordo com Schalock & Alonso (2002), a QV, de uma perspetiva social, pode ser definida como o conjunto de condições necessárias para garantir uma boa vida e igualdade de oportunidades para todos os cidadãos, e quando enquadrada no contexto da população com dificuldades e problemas de saúde, a QV pode ser vista como o aumento e melhoria da igualdade entre todas as pessoas, independentemente da sua condição.

Etiologia

No que concerne à etiologia, parece consensual a pluralidade de fatores que poderão estar na base do aparecimento da DID, pelo que Schalock et al (2007) e Schalock et al (2010) apresentam uma abordagem multifatorial acerca da etiologia da DID. Esta abordagem centra-se nos tipos de fatores de riscos (biomédicos, sociais, comportamentais e educacionais) e no “timing” dos mesmos (pré-natal, perinatal e pós-natal).

Classificação

A AAIDD serve-se da classificação no campo da DID para questões de agrupamento referentes ao financiamento, às pesquisas, às prestações de serviços e apoios e uma comunicação sobre as características seleccionadas de pessoas e dos seus contextos. Todos os profissionais devem familiarizar-se com as tendências emergentes no desenvolvimento e utilizar sistemas de classificação multidimensional baseada no complexo funcionamento humano envolvendo a capacidade intelectual, o comportamento adaptativo, a saúde, a participação e o contexto (AAIDD, 2011).

De acordo com Thompson et al (2004) o novo sistema deve basear-se na convicção de que a prestação de apoio (enquanto recurso e estratégia que promovam o desenvolvimento humano global) adequado irá melhorar o funcionamento de uma pessoa com DID: o planeamento e a prestação de apoio é a chave para reduzir as dificuldades de uma pessoa, para que possa participar com sucesso em todos os aspetos da vida diária. É então, que surge uma nova classificação baseada não nas dificuldades individuais mas na provisão de apoios adequados e individualizados que permitem o planeamento de serviços progressivos e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com DID:

1. **apoios intermitentes:** necessários esporadicamente (natureza episódica e descontínua), na medida em que o sujeito nem sempre necessita do mesmo ou apenas necessita em períodos específicos de transição, podendo ser de alta ou baixa intensidade;
2. **apoios limitados:** caracterizados por uma certa consistência em termos de intensidade (natureza contínua), especialmente nos períodos críticos;
3. **apoios extensivos:** denotam já um acompanhamento regular (diário) pelo menos nalguns contextos específicos (casa, escola, trabalho...), não se encontrando definido o tempo da sua aplicação; e finalmente,
4. **apoios permanentes** – caracterizados pela sua constância e altas intensidades, de estilo permanente e denotando uma maior intrusividade do que os restantes.

Características

Tal como referido anteriormente, a DID é caracterizada por limitações ao nível cognitivo e adaptativo, denotando, tal como esperado, uma grande heterogeneidade nas características individuais. Lomba (1999) alerta para o facto de os indivíduos com DID apresentar habitualmente grande variedade de capacidades, dificuldades, áreas fortes e necessidades, mencionando, contudo, quatro áreas em que estas crianças podem mostrar diferenças em relação aos seus pares: a área motora, cognitiva, comunicação e sócio-educacional.

Na área motora e dependendo do grau de dificuldade, os jovens podem apresentar limitações ao nível da mobilidade, falta de equilíbrio, dificuldades de locomoção, de coordenação e de manipulação (Fonseca, 2001).

Relativamente às áreas cognitiva e socio-educacional, os indivíduos com este tipo de problemática têm geralmente dificuldades na aprendizagem de conceitos abstratos, na focalização da atenção, problemas ao nível da memória, podendo demonstrar também dificuldades na resolução de problemas. Também as dificuldades no âmbito da resistência à frustração associadas a um baixo nível motivacional foram apontadas por WHO (2007) e Condillac (2009).

Na área da comunicação, as pessoas com dificuldades ao nível intelectual apresentam, muitas vezes, problemas quer ao nível da fala e da sua compreensão e no ajustamento social (Gerenser & Rehfeldt, 2009; Schlosser, Sigafos, Rothschild, Burke & Palace, 2009). Todo este conjunto de características irá influenciar o desempenho individual ao nível da interação com os outros, do estabelecimento e manutenção de relações interpessoais, adoção de comportamentos agressivos face ao próprio e a terceiros, adoção de comportamentos estereotipados, entre outros (Bodfish, 2009; Gardner, 2009; Matson & Laud, 2009; Sukhodolsky & Butter, 2009) podendo originar situações de isolamento social e diminuição da qualidade de vida (Condillac, 2009).

Cheetham, Lovering, Telch, Telch & Percy (2009) apontam ainda a existência de problemas médicos muitas vezes expressos pela irritabilidade, inatividade, distúrbios a nível da alimentação e sono, entre outras. Neste contexto de caracterização das principais condutas possíveis de serem adotadas pelos indivíduos com DID, há que relembrar o impacto que a medicação pode deter no comportamento diário de cada um (Aman & Ramadan, 2009).

De um modo geral, as características enunciadas são comuns nos trinta e dois indivíduos com os quais se realizou intervenção, sendo algumas mais evidentes, e que estão presentes principalmente nos clientes menos autónomos: a dificuldade ao nível da comunicação, concentração, tomada de iniciativa e dificuldade de resolução de problemas. Relativamente à questão da medicação foi possível constatar que os clientes além de outro tipo de medicamentos, recorrem na sua maioria à utilização de ansiolíticos.

Baseada nas informações prestadas pelos técnicos da CERCICA e pela análise das anamneses dos sujeitos com quem a estagiária interveio, foi possível observar nalguns casos, a existência de diagnósticos específicos ou associados à condição de DID (trissomia 21, síndrome X-frágil, deficiência motora e epilepsia), pelo que se irá proceder, nos próximos subcapítulos a uma descrição breve dos mesmos ao mesmo tempo que se fará a correlação com os casos reais a quem foi prestado o apoio da intervenção psicomotora.

5. TRISSOMIA 21

Definição

Um dos diagnósticos médicos presentes nalguns clientes da CERCICA e em três dos clientes internos com os quais a estagiária entrevistou é a Trissomia 21, razão pela qual se irá proceder a uma breve análise da literatura sobre a problemática em questão.

Inicialmente descrita por Down, em 1866, apenas em 1959 Lejeune & Lejeune verificam que a causa da Trissomia 21 (T21), é de origem genética, observando-se a existência de um cromossoma a mais no par 21, traduzindo-se numa síndrome que advém de uma alteração cromossômica, que, por sua vez, deriva de uma perturbação na divisão celular (Antonarakis et al, 2004; Regateiro, 2007).

A natureza desta alteração poderá ser de carácter numérico, em que estão envolvidos fatos como o tamanho do cromossoma afetado, ser um autossoma ou um heterossoma, bem como, existir um aumento ou diminuição do número de cromossomas do cariótipo humano (Regateiro, 2007).

A anomalia cromossômica pode ter origem em três fatores diferentes, podendo traduzir-se em três tipos de Trissomia 21: a **trissomia homogénea**, em que o erro de distribuição ocorre no desenvolvimento do óvulo ou do espermatozoide; o **Mosaicismo**, onde a distribuição ocorre na 2ª ou 3ª divisão celulares; e, finalmente, o terceiro tipo de trissomia é a **translocação**, onde a totalidade ou parte de um cromossoma está unido à totalidade ou parte de outro cromossoma (Sampedro, Blasco & Hernández, 1997).

Etiologia

A etiologia desta disfunção é ainda hoje desconhecida na sua totalidade, uma vez que existe uma multiplicidade de fatores, e é desconhecida a forma como interagem entre si. A hereditariedade é uma das causas possíveis, assim como, a idade da mãe e fatores externos à criança, diretamente relacionados principalmente com a mãe (como processos infecciosos, exposição a radiações, agentes químicos, problemas da tireóide, índice elevado de imunoglobulina e triglobulina no sangue, défices vitamínicos - Sampedro, Blasco & Hernandez, 1997).

Características

Apesar da sua heterogeneidade, estes indivíduos apresentam uma semelhança em relação às suas características físicas, nomeadamente alguns traços morfológicos característicos e que ajudam à identificação inicial e “precoce” (Rojzen & Patterson, 2003). Habitualmente, apresentam abundância de pele no pescoço, cantos da boca virados para baixo, hipotonia generalizada, face chata, orelhas displásticas, epicanto da prega dos olhos, intervalo entre o primeiro e o segundo dedo, bradicefalia (Straford, 1985 *in* Morato, 1995; Vinagreiro, 2000), proeminência da língua, altura inferior à média e tendência para a obesidade (Straford, 1985 *in* Morato, 1995; Vinagreiro, 2000).

Há algumas condições clínicas associadas à T21 que podem afetar a saúde e o desenvolvimento da criança: defeitos cardíacos, problemas gastrointestinais, problemas respiratórios, problemas de audição, problemas de visão, problemas de tireóide, problemas ortopédicos, possíveis convulsões, entre outros (Mustacchi & Rizone, 1997; Vinagreiro et al, 2000).

Os indivíduos com T21 apresentam habitualmente dificuldades ao nível da discriminação visual e auditiva, no reconhecimento tátil e de objetos a três dimensões, na cópia e reprodução de figuras geométricas e na rapidez percetiva (tempo e reação) (Morato, 1995; Sampedro, Blasco & Hernández, 1997). Estas limitações condicionam a aprendizagem dos indivíduos com esta síndrome, necessitando de mais tempo para a concretização das tarefas. No entanto os mesmos quando acompanhados e estimulados

desde cedo conseguem alcançar bons níveis de autonomia pessoal e social (Morato, 1995).

Estudos sobre dados morfológicos e funcionais cerebrais evidenciam que os indivíduos com T21 apresentam défices cognitivos (em dimensões variáveis) e dificuldades ao nível da atenção, estado de alerta, nas atitudes de iniciativa, nos processos de memória a curto e a médio prazo, nos processos de linguagem expressiva e nos mecanismos de correlação, de análise, de cálculo e de pensamento abstrato, categorização conceptual e codificação simbólica (Fonseca, 1995).

No âmbito da comunicação, e de acordo com vários autores (Chapman & Hesketh, 2001; Lovering & Percy, 2009), as dificuldades apresentadas reportam-se a disartrias (dificuldade em precisar a força necessária para os movimentos, com articulações imprecisas e grosseiras), ao mesmo tempo que podem existir outros condicionantes do discurso: expiração pelo nariz e não pela boca, macroglossia (língua proeminente), limitações ao nível do processo fonológico, etc.

Ao nível da autonomia, de uma forma geral e com um conjunto de apoios individualizados e específicos a cada caso, os sujeitos com T21 alcançam níveis de independência típicos dos cidadãos sem necessidade de apoios identificadas, sendo esta situação reforçada pela estimulação das possibilidades instrumentais (equilíbrio, coordenação e controlo motor e estruturação espaço-temporais) que por sua vez, irão refletir-se na adaptação de cada caso (Morato, 1995).

Em termos de características físicas, todos os clientes, a quem se prestou o apoio da intervenção psicomotora, apresentam características morfológicas apresentadas anteriormente: cantos da boca virados para baixo, face achatada, epicanto da prega dos olhos, orelhas displásticas, intervalam entre o primeiro e o segundo dedo, apenas para referir algumas das mais visíveis. Relativamente à questão da altura ser inferior à média, dois dos clientes evidenciam esta característica, apesar do terceiro cliente curiosamente ter uma altura de acordo com os padrões médios portugueses, tendo em conta a sua idade e síndrome.

Relativamente à questão da hipotonia generalizada, é neste terceiro cliente que a característica se faz notar mais. Todos os clientes apresentam problemas visuais, necessitando de recorrer à utilização de óculos. Um dos clientes apresenta ainda problemas de audição.

Para além dos aspetos morfológicos, os clientes evidenciam limitações no desenvolvimento intelectual, questão, diretamente relacionada com as limitações cognitivas. No entanto, é de referir que os clientes retêm a informação durante um maior período de tempo, quando a orientação é dada por imagens, ou quando é realizada uma demonstração antes da realização de alguma tarefa.

Nos três casos, é evidente a existência de um desajustamento entre o nível de compreensão e expressão da informação. As limitações na linguagem são maiores ao nível da expressão, embora no primeiro cliente, devido à sua condição auditiva, se torne evidente também a limitação ao nível da receção e compreensão da informação. Estas questões interferem na interação e participação social e, consequentemente, nas competências sociais dos jovens.

6. SÍNDROME DE X-FRÁGIL

A síndrome X-Frágil é um dos diagnósticos médicos apresentados por alguns clientes da CERCICA. Na instituição existem quatro jovens (irmãos) com este diagnóstico. A estagiária entrevistou com dois dos clientes.

Definição

O Síndrome de X-Frágil (FXS - Fragile X Syndrome), descrito pela primeira vez por Martin e Bell, em 1943, é a causa hereditária mais comum da DID, com presença reduzida em indivíduos do género feminino (López, 2006).

O Síndrome de X-Frágil resulta de uma anomalia do gene (FMR1) localizado no cromossoma X, na região Xq27.3 (locus FRAXA) identificado pela primeira vez em 1991 (López, 2006). Este sítio frágil é consequência da expansão de uma região polimórfica repetitiva [CGG], localizada na região 5'UTR do gene FMR1 (Yu et al, 1991; López, 2006).

A síndrome tem uma prevalência na população europeia estimada de 1/4500 para o género masculino e 1/9000 para o género feminino (Huber, 2006 *in* Fatemi & Folsom, 2011).

Etiologia

A partir do momento em que a causa da Síndrome do X Frágil se contextualiza no foro das doenças de cariz genético, é então através da ciência genética que se poderá explicar a sua origem e consequentemente a forma como tal se transmite (López 2006).

Características

Grande parte das características apresentadas por indivíduos com Síndrome de X-Frágil parece derivar de um defeito no tecido conjuntivo. Neste grupo destacam-se a presença de face alongada, frontal saliente, orelhas grandes e proeminentes, hiperextensibilidade das articulações digitais, palato alto e ogival, pele aveludada, pés planos, *pectus excavatum* e prolapso da válvula mitral e macroorquidismo (tamanho anormalmente grande dos testículos) (Fuentes, 2006).

Em termos comportamentais, os indivíduos com X-Frágil apresentam habitualmente contacto visual pobre, estereotipias das mãos, fala com ecolália, hiperatividade e défice de atenção e muitas características típicas do autismo (Nelson, 1995; Fuentes, 2006).

Apesar de todos estes problemas, que podem ocorrer em diferentes combinações e com gravidade variável, estas crianças possuem numerosas aptidões e competências que podem e devem ser maximizadas com uma intervenção e enquadramento adequados, estes são geralmente empáticos e sociáveis, apresentam uma boa memória e capacidade de imitação (Nelson, 1995; Fuentes, 2006).

Os indivíduos com os quais a estagiária entrevistou apresentavam algumas das características físicas enunciadas, nomeadamente a face alongada, as orelhas grandes e hiperextensibilidade das articulações digitais. Em termos de características comportamentais, apenas um dos irmãos apresenta estereotipias das mãos, fala em ecolália e mantém fraco contacto visual, o que o limita em termos de socialização e

estabelecimento de relação. O irmão pelo contrário é um jovem bastante sociável e empático, com grande sentido de humor e intensidade nos seus interesses e grande sentido de responsabilidade. Este estabelece contacto visual, tem uma boa capacidade de compreensão, e expressa-se com facilidade, demonstrando riqueza do vocabulário.

7. DEFICIÊNCIA MOTORA

A Deficiência Motora, associada à DID, é um dos diagnósticos clínicos apresentados por quatro clientes com os quais a estagiária realizou intervenção, razão pela qual se aborda a questão.

Definição

De acordo com a Classificação Internacional da Funcionalidade a Deficiência Motora (DM) é definida como, “problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda” (OMS, 2004).

A perda influencia diretamente a postura e/ou movimentos. Esta condição pode ter origem congénita ou adquirida, afetando habitualmente estruturas efetivas e reguladoras do sistema nervoso (cérebro, espinal medula e nervos) e osteomuscular (músculos, ossos e articulações), podendo ocorrer em momentos diferentes da vida, assumindo formas muito diferentes (Rodrigues 1998).

A DM designa quadros de dificuldade muito diferentes, dado surgir das várias estruturas do corpo que podem ser lesionadas. Conforme as áreas do corpo afetadas, são dadas diferentes designações. Quando existe uma ausência de movimento utiliza-se o sufixo “plegia”. No caso de se estar perante uma disfunção motora que não se configura como ausência total do movimento, já se utiliza o sufixo “parésia” (Rodrigues, 1983). Estes sufixos, são conjugados com termos para referenciar o(s) membro(s) afetado(s). O termo “monoplegia” refere-se apenas à limitação de um membro. A “paraplegia” utiliza-se para indicar a paralisia dos membros inferiores. Já o termo “hemiplegia” implica o comprometimento dos membros superiores e inferiores do mesmo lado do corpo. Por fim, o termo “tetraplegia” indica ausência dos quatro membros do corpo (Rodrigues, 1983).

Etiologia

Outras situações que podem estar na causa de DM são neuropatias ou iopatias, sequelas de um traumatismo craniano, disfunção cerebral, Spina Bífida, amputações, malformações congénitas que afectam o sistema músculo- esquelético ou o sistema nervoso central e artrite reumatóide (Rodrigues, 1998).

Duas das clientes com os quais se realizou intervenção possuem uma lesão de natureza congénita. Uma das clientes apresenta uma lesão ao nível do cerebelo, apresentando dificuldade na locomoção, tendo necessidade de recorrer à utilização de um andador devido a dificuldades ao nível do equilíbrio, o que a limita na realização das suas tarefas do dia-a-dia e mesmo em algumas das atividades das sessões. As dificuldades na articulação são também evidentes, o que leva a dificuldades na comunicação verbal da mesma.

A segunda cliente apresenta uma distrofia muscular, exibindo características como a hipotonia, força muscular diminuída, baixa resistência, problemas ao nível do equilíbrio,

entre outras, que limitam a cliente na realização de tarefas/ habilidades que impliquem movimentos mais amplos, envolvendo grandes grupos musculares, como o caso de saltar, correr, trepar, etc.

Os restantes clientes apresentam uma deficiência motora adquirida. Um dos clientes apresenta deficiência nos membros inferiores, resultante de fraturas mal “curadas” em ambos os membros. A outra cliente apresenta um hemiparésia num dos membros inferiores, que teve origem num episódio de convulsão depois de uma crise de epilepsia.

Em ambos os casos, os indivíduos apresentam limitações ao nível da locomoção apresentando padrões de marcha alterados devido à lesão.

8. PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO DO AUTISMO

A Perturbação Autística (PEA) é um dos quadros clínicos apresentado por oito clientes com quem se entrevistou, pelo que se torna pertinente aportar a questão.

Definição

De acordo com a American Psychiatric Association (APA, 2004) e Siegel (2008), a Perturbação Autística (PA), descoberta por Leo Kanner, em 1943 (Hewitt, 2006; Lousada, 2004), engloba-se nas Perturbações Globais do Desenvolvimento (PGD), que são perturbações do neuro-desenvolvimento caracterizadas por um défice global nas competências sociais e nas competências de comunicação e pela presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipados, sendo geralmente evidentes nos primeiros anos de vida e estando muitas vezes associada à Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento (DID). O diagnóstico, decorrente da sintomatologia, torna-se possível por volta dos 2-3 anos de idade (APA, 2004).

Etiologia

Em termos de causas para a PEA, estudos recentes indicaram alterações na citoarquitetura do cérebro, nas suas funções e na forma como este processa a informação social, pelo que atualmente, se considera que a PEA é uma síndrome comportamental causada por mais de um fator no Sistema Nervoso Central, onde estão envolvidas estruturas como o cerebelo, o córtex cerebral, o sistema límbico, o corpo caloso, o gânglio basal e neurotransmissores. Presume-se que na PEA estejam envolvidos mais de 15 genes afetados (Volkmar, Gupta & Wiesher, 2008).

Esta perturbação do desenvolvimento tem uma forte componente genética e é mais frequente no género masculino que no feminino (APA, 2004; Brandão, 2007). Contudo, os sujeitos do género feminino com PEA têm com maior probabilidade de apresentarem maiores défices cognitivos e, conseqüentemente, com maiores necessidades de apoio (APA, 2004).

Na maioria dos casos, a PA pode ser detetada aos três anos de idade, sendo que esta deteção precoce torna-se fundamental para a criança, no sentido de um prognóstico mais favorável (Chawarska, Klin & Volkmar, 2008; Oliveira, 2010; Lampreia, 2007). Vários estudos foram conduzidos para verificar a eficácia da IP na PA e todos eles revelaram resultados positivos e significativos na melhoria das dificuldades nas três áreas afetadas (Rogers, 1996; Lampreia, 2007).

Características

Os indivíduos com PA podem apresentar DID e sintomas comportamentais que incluem hiperatividade, redução do tempo de atenção, impulsividade, agressividade, comportamentos autoagressivos e birras, principalmente em crianças mais jovens. Podem, ainda, ser observadas respostas bizarras a estímulos sensoriais, alterações na alimentação ou no sono, alterações no humor ou no afeto, ausência de medo a perigos reais e um receio excessivo na resposta a objetos inofensivos (APA, 2004).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2004) a PEA caracteriza-se por alterações em três domínios fundamentais: capacidades de comunicação (verbal e não verbal), nas interações sociais e no aspeto repetitivo e estereotipado dos comportamentos, dos interesses e atividades. Existem 5 diagnósticos específicos do Espetro do Autismo: Perturbação Autística, Perturbação de Asperger (ou Síndrome de Asperger), Perturbação de Rett, Perturbação Desintegrativa da segunda Infância e a Perturbação Global do Desenvolvimento sem outra especificação, onde se inclui o Autismo Atípico. Por ainda não possuir uma causa específica definida, é chamada de Síndrome, significando também que os indivíduos não apresentam todos os mesmos sinais e sintomas a ela associados (Siegel, 2008).

Ao nível da interação social recíproca, o défice é caracterizado pela falta de comportamentos não-verbais, como o contacto ocular, a expressão facial, a postura corporal e os gestos reguladores da interação social, a preferência por atividades solitárias, a utilização do outro como instrumento e o não perceber as necessidades e o mal-estar dos outros. Em alguns sujeitos há interesse em estabelecer amizades, enquanto noutros não. Da mesma forma, alguns têm tendência espontânea para partilhar prazeres, outros não (APA, 2004; Siegel, 2008; Williams & Wright, 2008).

Relativamente à comunicação, o défice é demonstrado por limitações ou ausência no e do desenvolvimento da fala. Nos indivíduos que falam observam-se dificuldades no iniciar e manter uma conversa com outros, um uso estereotipado ou repetitivo da linguagem ou uma linguagem idiossincrática. As estruturas gramaticais são muitas vezes imaturas. Também se verifica um grande défice ou ausência do jogo funcional e espontâneo, do jogo social imitativo e do jogo imaginativo. Na compreensão verificam-se dificuldades ao nível da compreensão de perguntas simples, instruções e elogios (APA, 2004; Siegel, 2008; Williams & Wright, 2008).

Por fim, ao nível dos padrões de comportamento, interesses e atividades, estes são restritos, repetitivos e estereotipados. Estes indivíduos podem ter uma preocupação excessiva por vários padrões que se tornam anormais na intensidade e no objetivo, podem ter maneirismos motores estereotipados e repetitivos (como abanar as mãos ou bater com os dedos, balançar-se ou inclinar-se) ou uma preocupação persistente por partes de objetos. Para além disto, revelam uma elevada restrição na variedade de interesses e preocupação com um interesse muito limitado. Podem alinhar objetos sempre da mesma forma, podem ser inflexíveis e intolerantes a alterações nas suas rotinas e podem ficar fascinados pelo movimento. Podem, ainda, estar presentes anomalias posturais, como andar nas pontas dos pés (APA, 2004; Siegel, 2008; Williams & Wright, 2008).

Apesar de todas as características descritas para as diferentes áreas de desenvolvimento, cada criança com PEA manifesta essas características de diferentes formas e numa evolução diferente, conforme os fatores de risco e os fatores de proteção (Williams & Wright, 2008).

Os indivíduos com quem se entrevistou apresentam definitivamente défices nas competências sociais e nas competências de comunicação. Apenas três dos jovens desenvolveram a competência da fala enquanto os restantes emitem apenas alguns sons. A dificuldade no estabelecimento do contacto visual, a preferência por atividades solitárias, os maneirismos motores estereotipados, o tempo de atenção reduzido, respostas bizarras a estímulos sensoriais, o uso de um discurso repetitivo recorrendo à utilização da ecolália, são também algumas das características comuns a todos estes clientes.

9. EPILEPSIA

Tal como os restantes diagnósticos, a Epilepsia é um dos quadros clínicos apresentado por um número considerável de clientes com os quais se realizou intervenção, pelo que se torna pertinente abordar a questão. Entre os casos com quadro de epilepsia, existem três clientes com uma PEA, um cliente com Trissomia 21, uma cliente com Síndrome de Lennox-Gestaut e um com Psicose Simbiótica.

É de referir que a estagiária, durante o período de intervenção, nunca presenciou uma crise convulsiva dos clientes em questão. Contudo, teve oportunidade de assistir a “crises de ausência” dos dois últimos clientes mencionados.

Será relevante mencionar que os momentos de ocorrência das crises influenciavam o empenho e a capacidade de realização das atividades propostas em sessão.

Definição

A epilepsia é um distúrbio caracterizado por episódios de crises convulsivas relacionadas a descargas de alta frequência não fisiológicas por um grupo de neurónios no cérebro, podendo assumir várias formas dependendo da área do cérebro afetada, que pode ter início como descarga local, propagando para outras áreas do cérebro (Rang & Dale, 2007).

A epilepsia, não é uma doença, nem sequer um simples síndrome, mas sim um conjunto de sintomas heterogêneos e de etiologia variada, que têm em comum a ocorrência repetida de episódios de disfunção neurológica que, aparecendo subitamente, se manifestam por alterações estereotipadas no comportamento. Os sintomas da crise são determinados pelo local de origem da descarga anormal no sistema nervoso central e pelo tipo de expansão dessa descarga, aspectos que determinam também o tipo de crise (Meldrum, 1990; Engel Jr & Pedley, 1997).

Por convenção o diagnóstico só será estabelecido após a segunda crise espontânea (MacDonald, 2001). Estima-se que 50 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de epilepsia. A incidência anual varia de 20 a 70 casos por cada 100 mil (Shorvon, 1990), com prevalência de 0,4 a 0,8% na população geral (Hauser, 1997).

A epilepsia apresenta variadas manifestações, desde breves lapsos de atenção até alterações motoras, sensoriais ou psicológicas (crises parciais), ou atividade motora convulsiva associada a prolongadas perdas de consciência (crises tónico-clónicas) (Brodie & Dichter, 1996).

Etiologia

A epilepsia pode ser resultado de inúmeras etiologias e diversos fatores como: traumatismo no nascimento, incompatibilidade sanguínea ou hemorragia, doenças infecciosas como: meningite, abuso de bebidas alcoólicas, de drogas, tumores cerebrais, traumatismo craniano, doenças metabólicas e acidentes vasculares cerebrais. Aproximadamente 50% dos casos são idiopáticos e muitas vezes não é possível conhecer as causas que deram origem à epilepsia (MD, 2001). Ainda são desconhecidos todos os aspetos das convulsões. Sabe-se apenas que elas são ocasionadas por comportamento anormal de grupos de neurónios cerebral, fazendo com que a sua fisiopatologia continue a ser um objecto de estudo (Bergen, 2003).

Classificação

Por volta de 1970, a Liga Internacional Contra a Epilepsia (LICE) elaborou um esquema de classificação da patologia segundo o tipo de crises, orientada em função das manifestações clínicas e dos perfis electroencefalográficos. A proposta foi revista e aceite em 1981, tendo sido adoptado na prática clínica (Commission on classification and terminology of ILAE 1981). Esta classificação é reconhecida em 1985 como não sendo suficientemente abrangente, tendo surgido um novo esquema de classificação das epilepsias, síndromes epiléticos e distúrbios relacionados, introduzido em 1989 (Commission on classification and terminology of ILAE, 1989). A nova classificação considera para além do tipo de crise e dados electroencefalográficos outros fatores como a idade de início dos sintomas, a fisiopatologia, a história familiar e o prognóstico (Scheuer & Pedley, 1990; Brodie & Dichter, 1996).

Neste sentido, de seguida será apresentada no quadro 1. a classificação da epilepsia e síndromes epiléticos.

Quadro 1. Classificação da epilepsia e síndromes epilépticos (Adaptado de Shorvon, 1990; Brondie & Dichter, 1996)

1.	Epilepsias e síndromes focais
1.1.	Idiopática
1.2.	Sintomática (Epilepsia do lobo frontal, Epilepsia do lobo temporal, Epilepsia do lobo occipital e Epilepsia do lobo parietal)
1.3.	Criptogénica
2.	Epilepsias e síndromes generalizadas
2.1.	Idiopáticas (Convulsões neonatais benignas, Epilepsia de ausência na infância, etc)
2.2.	Criptogénicas ou sintomáticas (Síndrome de West, Síndrome de Lennox- Gestaut)
2.3.	Sintomáticas
3.	Epilepsias e síndromes indeterminadas (focais ou generalizados)
3.1.	Com crises parciais e generalizadas (Síndrome de Landau- Kleffner)
3.2.	Sem traços focais ou generalizados inequívocos
4.	Síndromes especiais (Convulsões febris, crises isoladas)
5.	Epilepsias e síndromes focais
5.1.	Idiopática
5.2.	Sintomática (Epilepsia do lobo frontal, Epilepsia do lobo temporal, Epilepsia do lobo occipital e Epilepsia do lobo parietal)
5.3.	Criptogénica
6.	Epilepsias e síndromes generalizadas
6.1.	Idiopáticas (Convulsões neonatais benignas, Epilepsia de ausência na infância, etc)
6.2.	Criptogénicas ou sintomáticas (Síndrome de West, Síndrome de Lennox- Gestaut)
6.3.	Sintomáticas
7.	Epilepsias e síndromes indeterminadas (focais ou generalizados)
7.1.	Com crises parciais e generalizadas (Síndrome de Landau- Kleffner)
7.2.	Sem traços focais ou generalizados inequívocos
8.	Síndromes especiais (Convulsões febris, crises isoladas)

Sintomatologia

De acordo com a classificação apresentada, existem vários tipos de epilepsia, uns marcados pela presença de uma crise convulsiva e outros apenas por crises de ausência (Pedley, 2002).

Durante uma crise de ausência, o paciente pode apresentar os seguintes sintomas: olhar fixo no vazio, presença da pupila dilatada (midríase), palidez cutânea e adinamia (falta de movimentos). Além destes sintomas podem ainda apresentar-se automatismos musculares repetitivos, como piscar de olhos, estalar os lábios, deglutição ou mastigação, contrações musculares em volta dos olhos, espasmos nos braços ou pernas bilateralmente simétricos (Ballone, 2005).

São vários os tipos de Epilepsia caracterizados pela presença de uma crise convulsiva. A mais comum é a epilepsia do lobo temporal, e é com base nesta que se vão apresentar os sinais que podem anteceder uma crise convulsiva. Este tipo de Epilepsia é caracterizado pela presença de sintomas psíquicos como irritabilidade crescente, apreensão, teimosia e apatia, de entre os sinais premonitórios, bem como, outros sintomas somáticos tais como as cefaleias, inquietude motora, insónia, náuseas e crises de sudorese. Estes sinais funcionam como um aviso de que as crises convulsivas estão para ocorrer (Ballone, 2005).

Ao longo desta primeira parte procurou-se apresentar e contextualizar um conjunto de informações de forma a enquadrar-se a importância da intervenção psicomotora, na CERCICA e com a população com DID, com ou sem associações de outros diagnósticos.

10. INTERVENÇÃO PSICOMOTORA EM CONTEXTO INSTITUCIONAL COM AS POPULAÇÕES COM DID

A intervenção Psicomotora pode ajudar as pessoas com DID a colmatar ou atenuar as suas dificuldades ao nível psicomotor, pois através desta intervenção são trabalhados os fatores psicomotores, o funcionamento independente individual e, conseqüentemente, a participação social.

Com o novo olhar sobre a DID, a definição de apoios parece ter assumido um papel central, ganhando uma importância que até aqui não tinha. Segundo Morato e Santos (2007), os apoios a proporcionar devem promover os interesses e as causas de cada indivíduo. Nesta necessidade de intervir e apoiar a pessoa com DID, através da elaboração de planos de intervenção, convém destacar a importância da intervenção psicomotora e da sua inclusão na matriz dos planos que promovam a qualidade de vida e funcionalidade nestes indivíduos (Leitão, Lombo & Ferreira, 2008).

De acordo com a revisão da literatura feita para a primeira parte deste documento, foi possível constatar que a população com DID se debate com diversas limitações ao nível da funcionalidade, pelo que se tem procurado encontrar alternativas e estratégias de modo a compensar e facilitar uma participação ativa na comunidade de forma a potencializar as capacidades desta população, podendo a intervenção psicomotora deter um papel fundamental neste processo (Valente, Santos & Morato, 2011).

Para Fonseca (2001) a intervenção psicomotora não pretende realçar o rendimento motor, a sua eficácia ou destreza mas transformar o corpo como um instrumento que age sobre o mundo e que se relaciona com os outros (componente intra e interpessoal).

As indicações e aplicações educacionais e terapêuticas da intervenção psicomotora englobam as populações com DID, visando intervir no equilíbrio e no ajustamento da totalidade psicossomática do ser humano), assumindo-se como um sistema de apoios, em contexto institucional. Partindo da estimulação/consolidação dos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação no espaço e no tempo, praxias global e fina), a intervenção psicomotora atua no comportamento adaptativo das populações especiais, promovendo o reconhecimento positivo do seu Eu corporal e desenvolvendo estratégias para ultrapassar as dificuldades diárias sentidas (Fonseca, 2001). Todo este processo visa criar um ambiente de participação e partilha, onde o sujeito tem a oportunidade de desenvolver as suas características psicomotoras, as suas habilidades sensoriomotoras, intelectuais e sociais, procurando que o indivíduo encontre o seu lugar na sociedade e que assuma o seu papel enquanto cidadão ativo, para que experiencie e vivencie uma vida com Qualidade (Valente, Santos & Morato, 2011).

Fonseca (2001) analisa a caracterização psicomotora da DID segundo três dimensões distintas (componencial, experiencial e contextual).

Na **dimensão componencial**, Fonseca (2001) destaca:

- As componentes do processamento de informação parecem estar menos acessíveis e disponíveis nas populações com DID, podendo surgir disfunções ou perturbações nos fatores psicomotores;
- A possibilidade de surgirem problemas de expressão e processamento, dadas as componentes executivas serem menos precisas e mais lentas (sendo expressos a nível psicomotor por dismetrias, dissincronias e dispraxias);
- A identificação, a seleção, a organização de dados do problema, a estratégia unificada e sistemática de resolução, a representação mental da informação, a focagem da atenção, o processamento de recursos da memória, a monitorização da solução, a integração de feedbacks de performance são as meta-componentes da inteligência - são ativas inadequadamente nas pessoas com DID, ocorrendo uma degradação da interconexão entre os componentes do ato mental; e
- A DID parece evocar feedbacks inadequados, sugerindo disfunções entre os processamentos inferiores e superiores de informação, retratando certos desequilíbrios no processamento automático e superior, afetando a prestação cognitiva.

Na **dimensão experiencial** Fonseca (2001) reporta que:

- As pessoas com DID costumam apresentar dificuldades em tarefas novas dados os problemas de planificação e execução da decisão, revelando uma “inércia psicomotora” que leva a uma ausência de resposta para novos problemas.
- As dificuldades no transfer e generalização das aprendizagens é uma das características na DID, devido à rigidez e a limitação das rotinas mentais.
- Nas pessoas com DID parece existir uma falta de automatização e uma lentidão nos vários níveis de processos automáticos do ato mental. A nível psicomotor pode significar uma falha no funcionamento dos vários componentes do movimento voluntário.

Na **dimensão contextual** é importante referir (Fonseca, 2001):

- As dificuldades na adaptabilidade aos vários contextos podem fazer com que o desempenho cognitivo dos sujeitos com DID varie; a nível psicomotor, este rendimento pode ser alterado em função das mudanças que se podem executar nos contextos introduzindo fatores como equipamentos ou materiais que promovam o desenvolvimento psicomotor; e
- A avaliação da DID não deve ter em conta apenas uma avaliação psicométrica em função do QI, sendo importante avaliar o comportamento adaptativo do indivíduo, sugerindo assim uma avaliação dinâmica do potencial psicomotor onde o foco é colocado nos processos que integram, regulam, controlam e elaboram a motricidade como manifestação da adaptabilidade do indivíduo. Esta ideia é corroborada por inúmeros autores (Luckasson et al, 2002; Santos & Morato, 2002; Schalock et al, 2007; Morato & Santos, 2007; Schalock et al, 2010).

A intervenção psicomotora pretende aumentar progressivamente o tempo de concentração e de atenção na tarefa, desenvolver as capacidades de autocontrolo de modo a diminuir a impulsividade, reduzir a hiperatividade atenuando os comportamentos incompatíveis e melhorar as habilidades sociais, a compreensão e a expressão da comunicação não-verbal (Martins & Rosa, 2005).

Por ser sistémica, a intervenção psicomotora parece responder às situações onde a adaptação está comprometida e onde se sente a necessidade de uma compreensão interligada do funcionamento do sujeito nos seus vários domínios (Vidigal, 2005).

Desta forma, parece existir diversas áreas onde o indivíduo com DID pode apresentar dificuldades, sendo que a intervenção psicomotora pela sua visão holística do ser humano pode desempenhar um papel fundamental na otimização da qualidade de interação entre o sujeito com DID e o envolvimento, com o qual se relaciona diariamente.

A próxima parte do relatório será então dedicada à descrição de toda a “atividade profissional” da estagiária, onde serão apresentados os horários de estágio, os locais de intervenção, a organização de sessões, os grupos de intervenção e avaliação dos mesmos. Seguidamente é apresentada o caso alvo de análise e todo o processo de intervenção do mesmo, bem como as atividades complementares em que a estagiária participou

Parte II

11. REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Nesta parte do relatório, é apresentada uma breve descrição de todo o trabalho desenvolvido no Núcleo Terapêutico de Atividade Motora, sendo apresentados os horários de estágio, os grupos e locais de intervenção.

11.1. Organização e duração do estágio

O estágio teve início no dia 11 de Outubro de 2011 terminando a 15 de Junho de 2012, e passou por várias etapas, acordadas inicialmente entre a estagiária, a orientadora da FMH e a orientadora local da CERCICA.

1. Numa primeira fase, e durante o mês de Outubro, a participação da estagiária passou pela observação não-sistemática com função descritiva do funcionamento geral da instituição e de toda a intervenção desenvolvida pela(s) técnica(s) de Educação Especial e Reabilitação/Reabilitação Psicomotora. Estas observações iniciais permitiram o estabelecimento de uma relação empática com os clientes, ao mesmo tempo que permitiu a integração da estagiária na dinâmica da instituição, familiarização com as metodologias e apoios desenvolvidos e prestados pela CERCICA. Ainda nesta fase a estagiária teve a oportunidade de iniciar a sua participação e de servir de modelo dentro de água nas sessões de hidroterapia em grupo com clientes internos da instituição, situação que se manteve durante todo o ano letivo.
2. Em novembro, a estagiária teve oportunidade de dar início à intervenção e com a presença e ajuda da técnica, começou por dinamizar as sessões de intervenção psicomotora de grupo, tornando-se responsável por orientar a parte inicial com a ativação geral; as atividades de retorno à calma nas sessões de Educação Física. Relativamente aos restantes apoios, a estagiária manteve o registo de observação não sistemática com função descritiva.
3. A partir de Dezembro a estagiária passou a intervir de forma autónoma, ficando responsável por dinamizar as sessões mencionadas no ponto 2 e por um apoio de hidroterapia individual com um cliente interno da instituição, pertencente ao Centro de Recursos também, da valência da Educação.

A estagiária acompanhou os grupos que beneficiavam dos apoios supracitados até ao final do ano letivo. É relevante alertar para o facto de ter havido uma pequena mudança de horários (dos clientes e técnicas), ainda durante o corrente ano letivo, em Janeiro, isto para explicar a diferença de tempos de intervenção semanais e, consequentemente, dos grupos/casos acompanhados do início para o final do estágio. De modo a perceberem-se as diferenças referidas serão apresentados mais à frente o horário inicial e o horário final da estagiária.

É de mencionar que as atividades de estágio tiveram início, já um pouco depois da CERCICA ter dado início ao ano letivo. Como tal, a estagiária não acompanhou o momento de avaliação inicial dos grupos com quem realizou intervenção, uma vez que este se concretizou no mês de Setembro. Quanto às avaliações, intermédias e finais dos clientes, estas foram ocorrendo em meses diferentes, conforme estipulado nos respetivos Planos Individuais (PI) dos clientes.

11.2. Horários de estágio

O estágio teve início, tal como referido anteriormente, no dia 11 de Outubro de 2011 e terminou a 15 de Junho de 2012, com a duração de 8 meses. O estágio envolveu inicialmente 25 horas semanais, estabelecidas em reunião, distribuídas por três dias, como é apresentado no seguinte horário (quadro 2).

Quadro 2. Horário inicial da Estagiária de RPM

Horário	2ª feira	3ª feira	5ª feira
9h00-9h15	Educação Física Ginásio	Psicomotricidade Grupo I	Psicomotricidade Individual
9h15-9h30			Psicomotricidade Individual
9h30-9h45		Psicomotricidade Grupo II	
9h45-10h00			Psicomotricidade Individual
10h00-10h15	Psicomotricidade Individual	Psicomotricidade Grupo IV	
10h15-10h30			Educação Física - Aparelhos Grupo II
10h30-10h45	Educação Física - Aparelhos Grupo I	Educação Física - Aparelhos Grupo IV	
10h45-11h00			Educação Física - Aparelhos Grupo I
11h00-11h15	Educação Física - Aparelhos Grupo I		
11h15-11h30		Educação Física - Aparelhos Grupo I	
11h30-11h45	Educação Física - Aparelhos Grupo I		
11h45-12h00		Educação Física - Aparelhos Grupo I	
12h00-12h15	Educação Física - Aparelhos Grupo I		
12h15-12h30		Educação Física - Aparelhos Grupo I	
12h30-12h45	Educação Física - Aparelhos Grupo I		

14h30-14h45	Hidro CR	Hidroterapia Individual	Hidroterapia Individual
14h45-15h00			Hidroterapia Individual
15h00-15h15		Hidroterapia Individual	
15h15-15h30			Hidroterapia Individual
15h30-15h45	Hidroterapia Individual	Psicomotricidade Individual	
15h45-16h00			Hidroterapia Individual
16h00-16h15	Hidroterapia Individual	Psicomotricidade Individual	
16h15-16h30			Hidroterapia Individual
16h30-16h45	Hidroterapia Individual	Psicomotricidade Individual	
16h45-17h00			Hidroterapia Individual
17h00-17h15	Hidroterapia Individual		
17h15-17h30		Hidroterapia Individual	
17h30-17h45	Hidroterapia Individual		
17h45-18h00		Hidroterapia Individual	
18h00-18h15	Hidroterapia Individual		
18h15-18h30		Hidroterapia Individual	
18h30-18h45	Hidroterapia Individual		

Tal como referido anteriormente, em Janeiro de 2012, mais precisamente no dia 23, por questões institucionais, houve reestruturação de horários das técnicas do NTAM, o que se traduziu numa reestruturação do horário da estagiária também, havendo assim uma redução do número de horas de estágio para cerca de 20 horas semanais apresentadas no quadro seguinte (quadro 3).

Quadro 3: Horário final da Estagiária de RPM

Horário	2ª feira	3ª feira	5ª feira
9h00-9h15	Psicomotricidade Grupo I		
9h15-9h30			
9h30-9h45			
9h45-10h00			
10h00-10h15			
10h15-10h30	Psicomotricidade Grupo II		
10h30-10h45			
10h45-11h00	Psicomotricidade Individual		
11h00-11h15			
11h15-11h30	Educação Física - Aparelhos Grupo I	Psicomotricidade Grupo III	Psicomotricidade Grupo IV
11h30-11h45			
11h45-12h00		Educação Física - Aparelhos Grupo II	Educação Física - Aparelhos Grupo III
12h00-12h15			
12h15-12h30			
12h30-12h45			
14h30-14h45		Hidroterapia Individual	Hidroterapia Individual
14h45-15h00	Hidro CR		
15h00-15h15			Psicomotricidade Individual
15h15-15h30			
15h30-15h45			
15h45-16h00	Hidroterapia Individual		Psicomotricidade Individual
16h00-16h15			
16h15-16h30	Hidroterapia Individual		Psicomotricidade Individual
16h30-16h45			
16h45-17h00	Hidroterapia Grupo		
17h00-17h15			
17h15-17h30			
17h30-17h45			
17h45-18h00	Hidroterapia Individual		
18h00-18h15			
18h15-18h30	Hidroterapia Individual		
18h30-18h45			

Como se pode verificar, as grandes alterações em termos de mancha horária, estão principalmente presentes, nos tempos de intervenção da manhã, que correspondem aos apoios prestados aos clientes do Centro de Recursos. O motivo da necessidade de reestruturação de horários deveu-se ao facto de haver urgência em se repensar o número de apoios/atividades “não pagos” a que cada cliente tem direito. As principais alterações resultantes destes reajustes de horários são em primeiro lugar a diminuição de tempos semanais das sessões de psicomotricidade e educação física de aparelhos, bem como a diminuição do tempo de sessão do segundo apoio e a perda de um dos apoios de psicomotricidade individual. Estas alterações traduziram-se também no reajustamento dos grupos de intervenção, uma vez que se teve de redistribuir os clientes pelos tempos de sessão semanal definidos, dos apoios enunciados.

É importante referir que a “perda” dos grupos de educação física, em ginásio, e apoio individual de psicomotricidade se traduziu numa perda de casos acompanhados. Uma vez que houve uma interrupção na intervenção realizada com estes clientes e tendo em consideração as restantes alterações referidas, considerou-se pertinente caracterizar as atividades de estágio, a partir de 23 de Janeiro.

11.3. Locais de Intervenção

O estágio desenvolveu-se em meio terrestre e em meio aquático. As diferentes sessões dinamizadas e observadas tiveram lugar nas diferentes instalações da instituição como a piscina, ginásio, sala de aparelhos e sala de movimento descritas anteriormente. O exterior do edifício da instituição foi também utilizado para a realização de caminhadas ao ar livre.

11.4. Organização das sessões

- *Psicomotricidade de grupo*

As sessões de “psicomotricidade de grupo”, tal como são denominadas na CERCICA, realizaram-se maioritariamente no ginásio da instituição. Habitualmente, era realizada a receção dos clientes à entrada do ginásio e estes sentavam-se num banco sueco. Dependendo das sessões e das atividades planeadas, era pedido aos clientes que ajudassem a técnica a trazer/ir buscar o material necessário para a sessão.

Quando se tratava da realização de um circuito, os clientes ajudavam a montar o mesmo no início da sessão com a ajuda e orientação da estagiária. Relativamente à parte fundamental da sessão, de um modo geral, os clientes, visto serem pouco autónomos, ficavam sentados no banco, na sua maioria, aguardando pela sua vez de realizarem as tarefas. Esta foi a maneira encontrada para que a estagiária pudesse prestar apoio ao cliente que realizava a tarefa, e de modo a que não houvesse clientes a deambular pelo ginásio enquanto outro colega realizava a tarefa. Quando se realizavam atividades de grupo, a estagiária solicitava aos clientes para se colocarem em círculo. Na parte final da sessão, os clientes ajudavam a arrumar o material, e posteriormente eram encaminhados para as suas salas de referência, acompanhados e supervisionados pela estagiária.

- *Psicomotricidade individual*

As sessões de “psicomotricidade individual”, dependendo do cliente, realizavam-se ao ar livre, na sala de movimento e/ou na sala de fisioterapia, exceto no caso do cliente interno que realizava caminhadas ao ar livre ou dentro do edifício da instituição. Todas as sessões dos restantes cliente eram estruturadas de forma diferente, havendo uma parte inicial, fundamental e final. Também nestas sessões, os clientes ajudavam a levar o material necessário para a sessão e ajudavam a arrumar o mesmo no final da mesma.

- *Educação Física*

As sessões de educação física de aparelhos eram dinamizadas na sala de aparelhos da instituição. Frequentemente, os clientes, em círculo, realizavam exercícios de ativação geral (mobilização dos membros, tronco e cabeça), na parte inicial da sessão. Na parte fundamental da sessão, os clientes eram distribuídos pelos aparelhos existentes na sala, (e.g.: cicloergómetros, remoergómetro) realizando quinze minutos num primeiro aparelho. Seguidamente, eram redistribuídos novamente pelos mesmos aparelhos e realizavam mais quinze minutos de atividade. De modo a ficar mais perceptível, será realizada uma pequena caracterização das máquinas utilizadas nas sessões, fazendo referência aos parâmetros perceptíveis, reguláveis e avaliáveis em cada delas.

- **Passadeira:** neste aparelho é possível regular e definir manualmente a velocidade e tempo/ duração da atividade que se pretende fazer (existem três passadeiras na sala de aparelhos);

- **Cicloergómetro:** Nesta máquina é possível definir a resistência a que se pretende que se realize o exercício. A mesma no final da atividade “dá” o tempo efetivo da atividade, ou seja, o tempo em que o cliente esteve efetivamente a pedala e a distância percorrida;
- **Remoergómetro:** Este aparelho tem uma resistência constante (igual para todos os clientes). Nesta máquina é possível avaliar apenas o desempenho que o cliente tem durante o exercício, i.e., se realiza a atividade sem interrupções, durante o tempo estipulado para a atividade;
- **Elíptica:** Nesta máquina é possível definir manualmente a resistência, tempo e duração definidos para a atividade (este aparelho foi introduzido na sala de aparelhos, durante o decorrer do ano letivo, pelo que não fez parte da avaliação inicial);
- **Step:** Tal como o remoergómetro, este aparelho tem uma resistência constante, sendo possível avaliar apenas o desempenho que o cliente tem durante o exercício, i.e., se realiza a atividade sem interrupções, durante o tempo estipulado para a mesma;

No final da sessão realizavam exercícios de retorno à calma. É importante referir que a estagiária realizava a demonstração dos exercícios tanto de ativação como de retorno à calma, bem como corrigia e dava apoio aos clientes que não estivessem a executar o exercício demonstrado.

- *Hidroterapia de grupo (Centro de Recursos)*

Nas sessões de hidroterapia de grupo, os clientes entravam na piscina quando a técnica Joana dava a ordem para tal, sendo o seu planeamento e dinamização mensais da responsabilidade da técnica. Nestas sessões entravam na água duas técnicas e a estagiária da FMH. Normalmente havia sessões de hidroginástica, em que os clientes realizavam alguns dos exercícios comuns da hidroginástica, enquanto noutras sessões os clientes realizavam atividades de grupo, como competições, gincanas, etc. É importante referir que no final de todas as sessões os clientes faziam atividades de retorno à calma antes de saírem da água.

- *Hidroterapia Individual*

Todos os clientes envolvidos nas sessões de hidroterapia individual, cliente interno, clientes particulares, e clientes provenientes das escolas ao abrigo Acordo de Cooperação com a Câmara Municipal de Cascais habitualmente, entravam na água quando a técnica e/ou estagiária dessem autorização. Os clientes entravam e saíam autonomamente da água pelas escadas.

11.5. Grupos

De um modo geral, os diferentes grupos acompanhados e com os quais se realizou intervenção eram constituídos por clientes internos da CERCICA pertencentes ao Centro de Recursos vindos das valências de Educação, Centro de Atividades Ocupacionais, Unidades Residenciais e Formação Profissional. A estagiária teve também a oportunidade de acompanhar/ observar alguns alunos com NEE vindo de algumas escolas, ao abrigo do Acordo de Cooperação com a Câmara Municipal de Cascais e alguns clientes particulares.

11.6. Apoios acompanhados (a partir de 23 de Janeiro de 2012)

Tal como já foi referido, a reformulação de horários das técnicas do NTAM, traduziu-se no reajustamento dos horários dos clientes internos da instituição. Neste sentido ocorreram alterações nos grupos de intervenção. De um modo geral, o grupo de Atividade Motora e uma cliente que beneficiava do apoio de psicomotricidade individual passaram a ter intervenção com outra técnica do NTAM. Os grupos de psicomotricidade de grupo e de AMA sofreram apenas alterações internas, i.e., frequência semanal em que tinham o apoio.

Assim, a partir de 23 de Janeiro de 2012, passaram a ser acompanhados três grupos de educação física, na sala de aparelhos, constituídos em média por seis clientes internos, pertencentes ao Centro de Recursos. Alguns deles faziam parte de dois grupos diferentes, uma vez que beneficiavam duas vezes semanais do apoio.

Relativamente ao apoio de Psicomotricidade de grupo foram seguidos inicialmente quatro grupos, constituídos por cerca de seis clientes internos da CERCICA, pertencentes ao Centro de Recursos, podendo ocorrer a mesma situação do apoio de educação física, na sala de aparelhos, em que alguns dos clientes podiam pertencer a dois grupos diferentes, dependendo do número de vezes semanais de que beneficiava do apoio em questão. É de referir que pela falta de assiduidade de dois dos elementos do grupo II, e pela desistência de um terceiro elemento devido à questão de horário se procedeu ao “encerramento” do grupo II de Psicomotricidade, e que se reintegraram os restantes elementos no grupo I, dinamizado no mesmo dia.

No que diz respeito ao apoio de Psicomotricidade individual, a estagiária acompanhou a intervenção de quatro clientes, dos quais, um cliente interno da CERCICA vindo da valência das Atividades Ocupacionais, dois clientes particulares da instituição e ainda uma aluna com NEE vinda das escolas, ao abrigo do Acordo de Cooperação com a Câmara Municipal de Cascais. É importante referir que a estagiária começou a intervir com o cliente interno no início de Dezembro, acompanhando-o durante o ano letivo, enquanto passou a intervir com os restantes clientes um pouco mais tarde e em diferentes momentos do ano.

Relativamente à intervenção em meio aquático beneficiaram da intervenção neste meio, um grupo de Hidroterapia do Centro de Recursos, constituída por sete clientes vindos da valência do Centro de Atividades Ocupacionais, e oito clientes em regime de hidroterapia individual, entre eles quatro clientes particulares, três crianças com NEE das escolas, ao abrigo do Acordo de Cooperação com a Câmara Municipal de Cascais e um cliente estagiária interno da CERCICA pertencente ao Centro de Recursos, proveniente da valência de Educação. A estagiária interviu com o cliente interno desde Dezembro, acompanhando-o durante o ano letivo. Os restantes casos foram observados pela estagiária no registo de observação não sistemática durante todo o ano.

Contudo, é importante mencionar que a estagiária teve a oportunidade de entrar em água com um dos clientes particulares referidos, a partir de Abril de 2012, uma vez que pelo facto de se tratar de um caso acompanhado pela técnica há cerca de seis anos, não houvesse relação suficiente para iniciar uma intervenção realizada pela estagiária antes. A estagiária teve ainda a oportunidade de realizar intervenção psicomotora com o mesmo cliente em meio terrestre.

É importante referir que o cliente começou a ter intervenção psicomotora em ginásio apenas no ano letivo corrente, pelo que foi mais fácil experimentar uma intervenção realizada pela estagiária neste meio, um pouco antes.

Toda a intervenção realizada pela estagiária com este cliente, quer em meio aquático quer em meio terrestre, aconteceu sempre com a presença e intervenção conjunta da técnica de referência. Assim nas sessões de hidroterapia, a técnica ficava no cais da

piscina a dar a instrução e reforço e a estagiária ficava dentro de água com o cliente incentivando o mesmo a realizar as tarefas propostas, prestando apoio físico.

11.6.1. Caracterização dos grupos de intervenção

Neste subcapítulo serão caracterizados apenas os grupos com os quais a estagiária entrevistou a partir de 23 de Janeiro de 2012, mesmo que em alguns casos na presença e conjuntamente com a técnica Joana Rodrigues. No subcapítulo das avaliações serão apenas referidos os casos com que a estagiária entrevistou autonomamente.

A razão pela qual se caracterizam apenas estes grupos deve-se ao facto de os mesmos terem sido acompanhados durante um período mais alargado comparativamente aos grupos organizados até à data em questão.

É de mencionar que as alterações em termos de organização dos grupos, não foram muito significativas de um momento para o outro.

- *Psicomotricidade de grupo*

Os grupos de **psicomotricidade de grupo** são formados por jovens com idade superior aos 16 anos, com DID, podendo estar ou não associada a outra patologia.

Em termos gerais, beneficiam deste apoio cerca de catorze clientes internos da instituição, do Centro de Recursos, um dos quais, o cliente alvo de estudo de caso. Dos catorze clientes, seis são do género masculino e oito do género feminino.

Inicialmente, havia quatro grupos de psicomotricidade de grupo. O grupo I constituído por quatro elementos, o grupo II composto por cinco indivíduos e os grupos III e IV constituídos por seis elementos. É importante referir que cinco dos indivíduos pertencem a dois grupos diferentes, uma vez que beneficiam do apoio duas vezes por semana. Os restantes elementos têm o apoio de psicomotricidade apenas uma vez por semana.

Devido à falta de assiduidade de dois dos elementos do grupo II e devido à desistência de um terceiro elemento do mesmo grupo, por questões de incompatibilidade de horários, achou-se melhor proceder ao reajustamento dos grupos. O grupo II em questão tinha intervenção às 2as feiras, das 9h45 às 10h30. Deste modo, os indivíduos pertencentes a este grupo foram integrados no grupo I, que tinha intervenção também às 2as feiras, das 9h às 9h45. Neste sentido, o grupo I de psicomotricidade passou a integrar sete elementos.

Também, em termos de horários os grupo III e o grupo IV tinham sessão às 3^a e 5^a respetivamente, com um horário das 11h às 11h45. O cliente alvo de estudo caso, pertencia ao grupo I e IV de psicomotricidade de grupo, uma vez que a frequência semanal da terapia era de duas vezes.

- *Psicomotricidade Individual*

Os clientes com os quais a estagiária entrevistou reportam-se: a um cliente interno da instituição, dois clientes particulares e uma cliente das escolas.

Cliente interno:

O cliente interno tem 22 anos, apresenta um diagnóstico de perturbação autística, e beneficia do apoio de psicomotricidade individual duas vezes por semana, às 2as e 4as feiras. As sessões têm a duração de trinta minutos. É de referir que a estagiária, só acompanhava o cliente às 2as feiras das 10h45 às 11h15 e às 4as feira, sendo a outra sessão semanal dinamizada pela técnica Joana, uma vez que a estagiária não

se encontrava na instituição nesse dia da semana. De uma forma resumida, o cliente quando estava bom tempo realizava caminhadas ao “ar livre” dentro do recinto da instituição e nos dias em que estava “mau” tempo o cliente tinha sessão na sala de fisioterapia, ou realizava uma caminhada dentro do edifício da CERCICA. O cliente, em termos gerais, não se aguenta numa mesma tarefa durante muito tempo, não gostando de ser contrariado, apresentando um comportamento agressivo quando solicitado a permanecer na tarefa durante mais tempo. Habitualmente, pede para regressar à sala de referência antes da sessão terminar.

Cliente particular A:

O cliente particular A, trata-se de uma criança com 10 anos e apresenta um diagnóstico de Síndrome de X-Frágil. O cliente tinha sessões de psicomotricidade individual duas vezes por semana, às 5as e 6as feiras. É importante mencionar que este cliente beneficiava também do apoio de hidroterapia individual, pelo que será caracterizado uma vez mais na secção referente à caracterização dos jovens que beneficiam deste apoio. É de referir que a estagiária, só acompanhava o cliente às 5as feiras das 15h45 às 16h30 e às 6as feiras, sendo a outra sessão semanal dinamizada pela técnica Joana Rodrigues, uma vez que a estagiária não se encontrava na instituição nesse dia da semana. Habitualmente, a sessão era dinamizada na sala de movimento, no entanto, algumas sessões foram dinamizadas na sala de fisioterapia, onde o cliente podia passar a sessão na “piscina de bolas”.

De um modo geral, o cliente em termos motores, apresenta um padrão de marcha próprio, estereotipias das mãos, tendo fixação por objetos que rodam. O cliente apresenta dificuldades em realizar saltos a pés juntos, transpor um banco sueco, caminhando à retaguarda sem apoio físico.

O cliente verbaliza algumas palavras, nomeadamente no seu “nome”. O mesmo reconhece o seu nome e reconhece-se ao espelho. O cliente tem uma boa capacidade de memorização, mostrando-se muito agitado quando realiza atividades/jogos de “mesa”.

Cliente particular B:

O cliente B é uma criança com 5 anos, sinalizado com um “atraso do desenvolvimento motor”. A sessão de intervenção psicomotora decorreu às 5as feiras das 16h30 às 17h15, na sala de movimento. B tem habilidades ao nível da fala, sendo uma criança sociável com dificuldades ao nível do equilíbrio (e.g: caminhar sobre uma linha reta) e da praxia fina (e.g: realizar enfiamentos). O mesmo cliente demonstra insatisfação quando é contrariado e baixa resistência à frustração.

Alunos com NEE das escolas, ao abrigo do Acordo de Cooperação com a Câmara Municipal de Cascais:

A cliente em questão tem 5 anos, e apresenta um diagnóstico de Trissomia 21. A cliente tinha sessão às 3as feiras das 15h às 15h30, na sala de fisioterapia.

A cliente é bastante agitada, mostrando um desajustamento ao nível do comportamento social. A cliente apresenta baixos níveis de atenção e de interesse pela interação com a técnica.

- *Educação Física (Aparelhos)*

Os grupos de educação física são constituídos por jovens, com idades compreendidas entre os 17 e os 43 anos, com DID, podendo esta estar ou não associada a outra patologia. Em termos gerais, beneficiam deste apoio cerca de treze clientes internos da instituição, do Centro de Recursos, sendo que do total dos treze clientes, seis são do género feminino e sete são do género masculino.

Três grupos constituídos por seis elementos beneficiavam deste apoio. É importante referir que em termos de frequência semanal cinco dos treze elementos tinham esta atividade duas vezes por semana, e os restantes elementos apenas uma vez por semana.

Em termos de horários o grupo I tinham sessão às 2as feiras, das 11h15 às 12h. O grupo II às 3ª das 11h45 às 12h30 e o grupo III tinha sessão às 5ª das 11h45 às 12h30.

- *Hidroterapia do Centro de Recursos*

O grupo de **Hidroterapia do Centro de Recursos** é constituído por sete jovens, com DID, podendo esta estar ou não associada a outra patologia. Entre as patologias presentes havia, uma cliente com Trissomia 21, dois clientes com autismo, um cliente com uma perturbação da personalidade, uma cliente com a Síndrome de Lennox-Gestaut e os restantes clientes apresentam também um quadro clínico de DID.

Os clientes beneficiam deste apoio uma vez por semana, sendo a sessão às 2as feiras, das 14h 45 às 15h 30.

- *Hidroterapia Individual*

Tal como já foi referido anteriormente, a estagiária, neste meio, entrevistou com um cliente interno da instituição pertencente ao Centro de Recursos, vindo da valência da Educação e com um cliente particular.

Cliente interno:

O cliente interno apresenta diagnóstico de DID, tem 18 anos e tem hidroterapia duas vezes por semana, às 3as e 5as das 14h às 14h 30. Trata-se do estudo de caso.

O cliente entra e sai da piscina pelas escadas de forma autónoma, apenas com reforço verbal. Este tem “pé” em toda a piscina apresentando um grande à vontade neste meio. O cliente mantém-se em posição de decúbito dorsal e ventral com auxílio de flutuadores, realizando imersão da face e apneia na posição de decúbito ventral. O cliente realiza essencialmente mobilizações nestas posições, com o objectivo de diminuir o tonus muscular. Este não realiza batimento dos membros inferiores, nem qualquer tipo de braçada. O Cliente apresenta um comportamento estereotipado, tendo fixação por bolas, utilizadas normalmente na actividade final da sessão. É um cliente bastante carinhoso, mas teimoso, não aceitando ser contrariado, agarrando muitas vezes o fato de banho da estagiária durante a sessão.

Este comportamento foi diminuindo ao com o passar do tempo. É importante referir que o cliente não fala, mas que no entanto gritava bastante durante as sessões, comportamento observado em todos os contextos dentro da instituição.

Cliente particular A:

O cliente particular A, trata-se de uma criança com 10 anos e apresenta um diagnóstico de Síndrome de X-Frágil. O cliente tinha sessões de hidroterapia duas vezes por semana, às 2as e 5as feiras. É importante referir que a estagiária só intervinha às 5as, uma vez que o cliente tinha o apoio num horário em que a piscina estava calma, portanto das 15h às 15h30 e o cliente estava muito mais calmo. Às 2as feiras o cliente tinha sessão das 18h15 às 18h45, que era um horário em que a piscina estava lotada e o cliente apresentava um comportamento bastante agitado, tendo sessão com a técnica Joana Rodrigues.

É importante referir que o cliente tem uma boa adaptação ao meio aquático, trabalhando aspetos como, batimento alternado dos membros inferiores, rotação dos membros superiores, nas posições de decúbito dorsal e ventral. O cliente em questão apresenta, comportamentos estereotipados, fixa a atenção por curtos períodos de tempo, apresentando períodos de agitação durante as sessões. Este tem uma boa capacidade de compreensão. O cliente, sempre que se empenha durante a sessão, tem direito a cinco minutos finais para brincar de acordo com o que deseje no momento. É de referir que quando o mesmo se recusa a realizar alguma tarefa durante a sessão, no final tem o castigo de não poder brincar, o que o deixa muito triste e contrariado, negando-se muitas vezes a sair da piscina quando solicitado.

Após a exposição face ao tipo de intervenção, será agora feita a apresentação do processo de avaliação, concretizado ao longo deste ano letivo.

11.6.2. Avaliação

A avaliação é uma das fases indispensáveis de qualquer intervenção psicomotora, no sentido de um processo dinâmico de recolha (máxima) de informação sobre o sujeito com quem se vai intervir para que se proceda a uma melhor descrição das capacidades e dificuldades do mesmo, de forma a maximizar a sua interação com o envolvimento, visando a funcionalidade e a vivência de uma vida com qualidade (Salvia & Ysseldyke, 1991).

Neste capítulo será abordado o assunto da avaliação dos grupos com os quais foi realizada intervenção

11.6.2.1. Avaliação inicial

Relativamente à avaliação inicial é importante referir que o momento em que esta se realizou, a estagiária ainda não se encontrava em estágio na instituição, i.e, a avaliação inicial dos clientes decorreu no mês de Setembro, tendo o estágio iniciado no mês de Outubro. Neste sentido, a estagiária não realizou nem assistiu a qualquer avaliação dos clientes, tendo aproveitado os resultados e objetivos provenientes das mesmas, uma vez que a avaliação e os resultados seriam à partida semelhantes não havendo assim a necessidade de se repetir o mesmo trabalho duas vezes.

- *Avaliação inicial - Psicomotricidade de grupo*

A avaliação inicial dos grupos de psicomotricidade ocorreu durante o mês de Setembro de 2011. A avaliação dos jovens dos grupos de psicomotricidade consistiu na aplicação de instrumento, construído pela técnica Joana Rodrigues. Este instrumento, elaborado com base na Bateria Psicomotora de Vitor da Fonseca, engloba itens que avaliam fatores psicomotores, como a lateralidade, a noção corporal, a praxia global, a tonicidade e outras áreas como as competências sociais e linguagem.

A avaliação de todos os grupos levou cerca de um mês, seguindo uma sessão tipo. Deste modo, a avaliação de cada item obedeceu à aplicação de uma mesma atividade para todos os clientes. Determinados itens, como a avaliação dos apoios unipodal, foram realizados em conjunto. Com a técnica como modelo, os clientes em simultâneo e ao mesmo tempo, teriam que imitar os movimentos e ações, enquanto outros itens foram realizados individualmente. De modo a tornar clara o descrito anteriormente, será apresentado de seguida o instrumento e o planeamento da sessão tipo utilizada na avaliação inicial.

Desta mesma avaliação foram estabelecidos objetivos individualizados para cada um dos clientes. Uma vez que o número de jovens que beneficia da atividade de intervenção psicomotora é elevado, optou-se por não se apresentar discriminadamente, os objetivos para cada um. É de referir que mais adiante serão apresentados os objetivos do jovem que foi alvo de análise de caso, e que pertence ao grupo I e IV de psicomotricidade resultantes desta avaliação, e que servirá como exemplo do processo de avaliação e planeamento realizado pela estagiária.

Desta avaliação resultaram alguns objetivos gerais, comuns à maioria dos clientes que participavam nestas sessões:

- Aumentar os níveis de participação nas sessões;
- Adequar o comportamento em sessão;
- Diminuir a resistência à passividade;
- Melhorar a coordenação óculo manual e óculo podal;
- Melhorar o equilíbrio dinâmico;
- Melhorar o equilíbrio estático;
- Desenvolver a orientação espaço-temporal.

Estes foram alguns dos objetivos definidos que constaram no Plano de Intervenção (PI) do corrente ano letivo de cada cliente. É importante referir que os objetivos, avaliações e resultados esperados do cliente alvo de estudo de caso, serão apresentados posteriormente num capítulo específico.

Para uma melhor compreensão da forma como decorreu a avaliação neste apoio o instrumento de avaliação e o respetivo planeamento de sessão tipo constarão nos anexos apresentados em formato digital.

- *Caracterização do Instrumento de Avaliação*

O instrumento de avaliação utilizado na avaliação inicial dos clientes, foi elaborado pela técnica Joana do Núcleo Terapêutico e de Atividade Motora. Tal como referido anteriormente, o teste aplicado consiste numa grelha adaptada construída a partir da Bateria Psicomotora de Vitor da Fonseca (2010). Esta grelha tem quarenta e cinco itens distribuídos pelos vários fatores psicomotores: a tonicidade (quatro itens), o equilíbrio (nove itens), a noção corporal e lateralidade (sete itens), a estruturação espaço-temporal (sete itens), a praxia global (quinze itens) e, finalmente, a praxia fina (três itens).

Os itens da escala são cotados como: Realiza ou Não Realiza havendo uma coluna para as observações qualitativas.

É importante referir que a grelha em questão foi utilizada apenas para a realização da avaliação inicial do cliente na atividade de intervenção psicomotora, bem como todos os restantes clientes que participam na atividade.

Relativamente às sessões de hidroterapia, não foi realizado nenhum instrumento específico para a avaliação do cliente, uma vez que os objetivos definidos para a intervenção em meio aquático com o cliente vêm no seguimento dos objetivos trabalhados no ano letivo anterior que constam no Plano de Intervenção do indivíduo no ano letivo de 2010/2011.

- *Avaliação inicial – Educação Física (Aparelhos)*

A avaliação inicial no apoio de educação física foi realizada a alguns clientes dos grupos no mês de Setembro, i.e, só os novos clientes e os do Centro de Recursos da valência da Educação é que foram avaliados neste momento. Os restantes clientes, tendo em conta o momento em que os seus Planos de Intervenção (PI) são elaborados, foram “excluídos” desta avaliação, porque a elaboração dos seus Planos Individuais, não obedecem nem se regem pela regra dos anos letivos, ou seja, devem ser elaborados no início de cada ano letivo (esta regra só é válida para os clientes da valência da Educação).

É importante referir que a avaliação inicial neste apoio consistiu numa avaliação funcional. Nesta avaliação e tendo em conta o tipo de aparelhos e parâmetros que se podem manipular manualmente nos mesmos, então os únicos aparelhos nos quais os clientes foram avaliados foram na passadeira e no cicloergómetro.

Neste sentido é apresentada a forma como se realizou a avaliação inicial dos clientes em cada um dos aparelhos referidos.

- **Passadeira:** A avaliação inicial neste aparelho consistiu em encontrar a velocidade “confortável” a que o cliente consegue manter-se em atividade durante quinze minutos.
- **Cicloergómetro:** A avaliação inicial neste aparelho consistiu em encontrar a resistência confortável a que o cliente consegue manter-se em atividade durante quinze minutos.

Nos aparelhos, step e remoergómetro, não é possível manipular a resistência, neste sentido, todos os clientes realizam atividade nestes aparelhos, utilizando a mesma resistência.

Apesar de nem todos os clientes terem sido avaliados neste momento, todos eles tem objetivos iniciais que constam no Plano de Intervenção de cada cliente. Tal como na intervenção psicomotora, o número de clientes que participa neste tipo de apoio atividade é grande, pelo que se optou mais uma vez por não se apresentar de forma discriminada os objetivos de cada cliente, e apenas serão enunciados alguns objetivos gerais estabelecidos:

- Aumentar os níveis de participação;
- Melhorar a condição física;
- Adequar o comportamento;

11.6.2.2. Avaliação final

A avaliação final em cada apoio consistiu na verificação do cumprimento ou não dos objetivos definidos e presentes no Plano de Intervenção (PI) de cada cliente. Assim, é importante reforçar a ideia de que as avaliações finais não foram realizadas, em ambas as terapias, recorrendo à aplicação de algum instrumento de avaliação, tendo sido antes realizadas com base no Plano de Intervenção (PI) de cada indivíduo, verificando-se se os objetivos para o apoio tinham sido ou não cumpridos.

É importante referir que a avaliação final de cada cliente nos dois apoios ocorreu em meses diferentes como o estipulado no Plano Individual de cada jovem. Este facto é justificado, como já foi referido anteriormente, pelas regras de elaboração dos Planos Individuais. É importante referir que antes da avaliação final, os clientes houve também uma avaliação intermédia dos objetivos definidos para cada cliente. Esta avaliação aconteceu nos mesmos moldes que a avaliação final.

- *Avaliação final – Psicomotricidade de grupo*

De acordo com o que foi exposto anteriormente, as avaliações dos jovens participantes das sessões de psicomotricidade de grupo, não foram realizadas todas na mesma altura, ou seja, os diferentes clientes foram submetidos a avaliação final em meses distintos. A avaliação dos clientes nesta terapia consistiu na verificação do cumprimento ou não dos objetivos definidos para cada cliente presentes nos seus Planos de Intervenção (PI). As atividades utilizadas na realização da avaliação inicial foram as mesmas utilizadas na avaliação final dos clientes.

Mais uma vez se alerta para o facto de o número de participantes nesta terapia ser elevado e por este facto não se apresentarem os resultados da avaliação final de todos os indivíduos.

De um modo geral os clientes atingiram os objetivos gerais, comuns à maioria dos clientes, definidos a partir da avaliação inicial. Uma vez que não se apresentam os resultados da avaliação final, discriminados para cada cliente, realizar-se-á uma apreciação global qualitativa da prestação dos clientes nas diferentes atividades propostas nas sessões de intervenção psicomotora. Nas sessões eram realizadas atividades planeadas com base nos fatores psicomotores, de modo a trabalhar os mesmos. De forma indireta eram trabalhadas, também, questões comportamentais. Em anexo, serão apresentados alguns exemplares de planeamentos de sessão de modo a ilustrar o relatado.

Em termos gerais, podem verificar-se melhorias significativas na prestação de cada um dos clientes nas atividades realizadas ao longo do ano letivo.

Assim, e de modo a ser mais perceptível, serão apresentados alguns casos concretos, que servirão como exemplos, de tarefas em que alguns dos clientes tinham dificuldades inicialmente e que foram melhorando ao longo do ano. Inicialmente havia um cliente que se recusava a subir no banco suco, e que com a intervenção ao longo do ano, passou a subir e a transpor o mesmo com apoio físico.

Três dos clientes não passavam inicialmente dentro de uma “meia-lua”, e que com o tempo começaram a aceitar passar com apoio físico e incentivo verbal e que posteriormente passaram a realizar a tarefa apenas com incentivo verbal.

A questão da realização de alternância de apoios, na atividade de passar dentro de arcos sem os pisar, a questão da imobilidade, na atividade da “estátua” era algo de muito difícil para alguns dos clientes, e que com o “treino/intervenção” foi superada pela maioria.

A tarefa de arrumação do material no final da sessão era também uma questão complicada para alguns clientes no início do ano e que com a intervenção e apoio ao nível do incentivo verbal, passou a ser rotina para os mesmos.

Neste sentido é de se referir que a intervenção teve resultados positivos com todos os clientes, apesar desta questão não estar demonstrada ao longo deste relatório, dado o número elevado de clientes a quem se prestou o apoio da intervenção psicomotora.

De modo a tornar mais perceptível o tipo de atividades realizadas em sessão será dado um exemplo de um planeamento de sessão de Psicomotricidade de grupo (quadro 4).

Quadro 4. Exemplar de planeamento de Psicomotricidade de grupo sessão tipo

Actividade	Descrição	Objectivos	Estratégias	Material
Correr ao ritmo das palmas	Os clientes deverão correr/andar à volta do ginásio ao ritmo das palmas, controlado pela técnica.	Desenvolver a noção ritmica	Instrução; Reforço verbal; Apoio físico.	-
Circuito	<p>O circuito será composto por duas estações. Deverá ser realizado continuamente, por um cliente de cada vez. No caso de estes serem autónomos nas tarefas, poderão realizá-las em simultâneo com outros clientes.</p> <p>1ª Estação - controlar uma bola de hóquei com o bastão, desde um extremo do ginásio até ao outro, marcando golo na baliza.</p> <p>2ª Estação – acertar com uma bola de futebol, com o pé, nos pinos dispostos em forma de bowling.</p>	Desenvolver a coordenação óculo-podal e manual;	Instrução; Reforço verbal; Apoio físico.	Bastão de hóquei, bolas de hóquei, meia lua de esponja, bola de futebol e pinos.
Relaxação	Os clientes devem estar deitados em decúbito ventral, em colchões individuais. A técnica deverá passar uma fitball pelo corpo destes. Enquanto o faz a um cliente os restantes devem manter-se na posição de decúbito ventral, ao som de uma música relaxante.	Diminuir o tónus muscular	Instrução; Reforço verbal; Apoio físico.	Colchões Bola de massagem

- *Avaliação final dos grupos de Educação Física (Aparelhos)*

A avaliação final em Educação Física de Aparelhos, foi realizada nos mesmos moldes do apoio de intervenção psicomotora, i.e., apenas foram avaliados os objetivos propostos inicialmente no Plano de Intervenção (PI) de cada cliente. De modo geral, os objetivos da maioria dos clientes foram atingidos, tendo-se notado melhorias significativas do desempenho da maior parte dos indivíduos nos aparelhos em que realizavam tarefas.

De modo a se tornar mais perceptível o tipo de atividades realizadas em sessão, apresenta-se em seguida, um exemplar de um planeamento de sessão de Psicomotricidade de grupo bem como o respetivo relatório.

Quadro 5. Exemplar de planeamento de Educação Física (Aparelhos)

Actividade	Descrição	Objectivos	Estratégias	Material
Aquecimento	Em círculo os clientes realizam mobilização dos diferentes segmentos do corpo (membros superiores, tronco, cabeça membros inferiores e pés).	Activação da circulação sanguínea; Activação dos diferentes segmentos corporais corpo (membros superiores, membros inferiores, cabeça, tronco, etc.);	Instrução; Demonstração; Reforço verbal; Apoio físico.	-
Aparelhos	Os clientes escolhem um dos aparelhos (remo, bicicleta, passadeira, step) disponíveis e nesse permanecem em actividade durante 15 min.	Melhorar a condição física; Aumentar a força muscular, resistência;	Instrução; Demonstração; Reforço verbal; Apoio físico.	Remo, passadeira, bicicleta, step, epítica.
Retorno à calma	Os clientes em círculo realizam alongamento dos vários segmentos corporais (membros superiores, tronco, membros inferiores).	Alongar os diferentes segmentos corporais (membros superiores, tronco, membros inferiores).	Instrução; Demonstração; Reforço verbal; Apoio físico.	-

No âmbito do Ramo de Aprofundamento das Competências Profissionais, foi proposto à estagiária o acompanhamento de um estudo de caso, pelo que o mesmo será apresentado de seguida.

O estudo de caso trata-se de uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão envolvidos simultaneamente diversos fatores. O estudo de caso ajudará também a perceber melhor a metodologia de avaliação e intervenção, adotada com todos os clientes com quem se intervém.

12. ESTUDO DE CASO

O cliente com quem a estagiária desenvolveu um trabalho mais individual foi selecionado pelo facto de ter intervenção em dois meios diferentes, na água e em ginásio, nos quais a estagiária o poderia acompanhar. Este cliente, que doravante será chamado de F. tem 18 anos de idade, é do género masculino, apresenta como diagnóstico DID e frequenta a instituição há 8 anos.

Ao nível dos apoios que usufrui na CERCICA, integra as sessões de intervenção psicomotora (2x 45min/sem) estando inserido nos grupos I e IV e as sessões de hidroterapia individual (2x 30min/sem). Assim, em termos de horário, o cliente era apoiado na intervenção psicomotora às 2^{as} das 9h às 9h45 e às 5^{as} das 11h às 11h45. Relativamente às sessões de hidroterapia o cliente tinha sessão às 3^a e 5^{as} das 14h15 às 14h45.

Em termos de assiduidade, o cliente até Maio de 2012, participou em 62 das 64 sessões de intervenção psicomotora dinamizadas. No caso da hidroterapia o cliente participou em 63 das 67 sessões previstas. Além da intervenção psicomotora e da hidroterapia o cliente usufrui, ainda com o NTAM, de equitação terapêutica.

Para uma melhor compreensão do estudo realizar-se-á seguidamente uma caracterização sumária do caso; os objetivos do estudo; o instrumento utilizado para as avaliações iniciais e finais; tal como o plano de intervenção elaborado tendo em conta as áreas fortes e as áreas a desenvolver do cliente, sendo finalmente, delineadas as principais conclusões e recomendações.

12.1. Apresentação de caso

O jovem nasceu no dia 26 de Abril de 1994, tendo no momento atual, 18 anos de idade. Segundo os dados recolhidos do seu dossier pessoal, a gravidez foi desejada e vigiada, tendo sido uma gestação de termo de 40 semanas. O jovem nasceu de parto normal, não forçado, apesar de ter sido um parto demorado tendo sido necessária a utilização de fórceps.

O jovem nasceu com 4 kg e com um índice de Apgar de 5 (1^a min) e 9 (5^omin). O cliente ficou na incubadora durante as 48 horas seguinte, pelo facto de ter engolido líquido amniótico. A mãe tinha 28 anos de idade quando teve a criança. Esta teve que voltar à sua atividade laboral quando o jovem tinha três meses de idade, passando este a ficar com a sua avó materna.

Aos 6 meses, a criança, deixou de ter força na cabeça, tendo-se verificado uma diminuição do percentil crânio-encefálico (do percentil 50 para o 10). É nesta altura que lhe é diagnosticada epilepsia. Ainda aos 6 meses torna-se notório um “atraso do desenvolvimento”, e nesta altura é encaminhado para a consulta do Desenvolvimento do Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão, onde lhe é feito o diagnóstico de “atraso psicomotor”.

Relativamente ao desenvolvimento psicomotor, a criança começou a segurar a cabeça e a voltar-se aos 5 meses, altura em que também começou a sorrir intencionalmente.

Aos 6 meses começou a sentar-se com apoio e só iniciou a marcha autónoma aos três anos de idade.

Aos 2 anos e 5 meses, por indicação do Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão entra para o Infantário Dra. Maria da Luz Sobral Brazão, pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Sintra. No ano letivo de 1996/1997 é integrado no grupo das crianças com 1-2 anos. Já nesta altura o cliente se mantinha em pé sem apoio por pouco tempo e tentava os primeiros passos. Aqui foi treinado com o equipamento de *Standing Frame* que se trata de um dispositivo de ajuda a pessoas com mobilidade reduzida. Este aparelho fornece alternativas de posicionamento, nomeadamente na posição de pé proporcionando uma maior autonomia e participação em actividades diferentes.

No final do ano letivo F. já caminhava autonomamente.

No ano letivo de 1997/1998 acompanha o grupo para a sala dos 2 anos e no ano seguinte transita para a sala dos 3 anos, recebendo alta do Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão. O jovem passa neste ano letivo para a Liga dos Deficientes Motores. Em 1999 o cliente faz uma ressonância magnética que revela acidentes isquémicos no hemisfério direito, que está diretamente associado à lesão no nervo ótico do olho esquerdo.

No ano letivo de 1999/2000 o jovem acompanha o grupo para a sala dos 4 anos. Durante este ano nota-se evolução ao nível da mastigação e da interação em termos afetivo. Ainda neste ano o jovem começa com a terapia da fala e continua sem um diagnóstico preciso.

A 11 de Novembro de 2010 é re-diagnosticado com DID “grave” (necessidades de apoio extensivos), com presença de comportamentos estereotipados obsessivos e com episódios de agitação psicomotora. É interessante mencionar que a 2 de Março de 2004 foi aplicada a este mesmo cliente a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil) dos 0 aos 2 anos. Na subescala da Locomoção foi determinada uma idade de 24 meses, ao nível do Desenvolvimento Pessoal-Social foi calculada uma idade de 15 meses, na Linguagem foi determinada uma idade de sete meses, na Coordenação Óculo-Manual, o cliente obteve uma idade de 11 meses e finalmente, na subescala da Realização foi encontrada o cliente situava-se ao nível dos 7 meses.

Ainda em 2004 o cliente, com 10 anos, entra para a Cercica, integrando a unidade de Educação Especial da instituição, onde lhe é aplicada a Escala do Comportamento Adaptativo versão Portuguesa (Santos & Morato, 2004). Atualmente o cliente continua na instituição, na valência de Educação, havendo a perspetiva de se manter na mesma no próximo ano letivo.

Relativamente às sessões de hidroterapia, não foi realizado nenhum instrumento específico para a avaliação do cliente, uma vez que os objetivos definidos para a intervenção em meio aquático com o cliente vêm no seguimento dos objetivos trabalhados no ano letivo anterior que constam no Plano de Intervenção (PI) do indivíduo no ano letivo de 2010/2011.

12.2. Avaliação inicial

- *Hidroterapia*

Relativamente à hidroterapia não foi realizada nenhuma avaliação inicial em específico, i.e, os objetivos reportados no Plano de Intervenção (PI) do cliente surgiram dos objetivos que tinham sido definidos e não atingidos pelo cliente no ano letivo anterior e que constavam portanto no Plano de Intervenção (PI).

- *Psicomotricidade*

Uma vez que F. integrava dois dos grupos do apoio de psicomotricidade de grupo, então a forma como o processo de avaliação inicial do cliente aconteceu já foi explicitada anteriormente no capítulo da avaliação inicial dos grupos de intervenção.

A estagiária não assistiu ao processo de avaliação inicial de F. no mês de Setembro, uma vez que, como já foi referido, só iniciou o Estágio no mês de Outubro.

Apesar de não ter estado presente no processo de avaliação inicial, teve acesso aos resultados obtidos com a aplicação do instrumento de avaliação caracterizado anteriormente. Neste sentido, será feito apenas um breve ponto de situação relativamente à questão da avaliação inicial do cliente alvo de estudo de caso.

É importante alertar para o facto de a estagiária ter aproveitado os objetivos definidos para o cliente elaborados a partir desta avaliação, uma vez que desta forma se acabou por otimizar o tempo e os recursos implicados neste processo. Desta forma, não se realizou a mesma tarefa duas vezes, isto porque os itens avaliados e os resultados obtidos seriam de alguma forma semelhantes.

De seguida será apresentada a avaliação inicial do cliente.

Quadro 6. Avaliação Inicial em Psicomotricidade do estudo de caso

TONICIDADE

		Realiza	Não Realiza	Observações
1	Manter a coluna vertebral recta na posição de sentado.	X		
2	Manter o equilíbrio no colchão de queda.	X		
3	Presença de sincinésias no apertar uma bola de ténis na posição sentado.	X		
4	Facilidade de descontração das extremidades quando solicitado.		X	

EQUILÍBRIO

		Realiza	Não Realiza	Observações
1	Controlo postural sem oscilações o máximo tempo com os olhos fechados.		X	
2	Duração do equilíbrio unipodal direito.		X	
3	Duração do equilíbrio unipodal esquerdo.		X	
4	Andar em cima duma linha de 15 cm de largura e 2 m de comprimentos.	X		
5	Caminha sobre o banco sueco.	X		
6	Salta no mesmo lugar.		X	
7	Salta a pés juntos para a frente.		X	
8	Salta com apoio unipodal direito.		X	
9	Salta com apoio unipodal esquerdo.		X	

NOÇÃO CORPORAL E LATERALIDADE

		Realiza	Não Realiza	Observações
1	Identificar 12 partes do corpo em si.		X	
2	Identificar 12 partes do corpo no outro.		X	
3	Identificar 12 partes do corpo numa imagem em tamanho real.		X	
4	Nomear 12 partes do corpo.		X	
5	Identificar 8 partes do rosto em si.		X	
6	Identificar 8 partes do rosto no outro.		X	
7	Identificar 8 partes do corpo numa imagem em tamanho real.		X	

ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL

		Realiza	Não Realiza	Observações
1	Vir sozinho da sala para o ginásio e vice-versa.		X	
2	Pontualidade.	X		
3	Realizar um circuito com 6 postos.		X	
4	Imitar uma estrutura rítmica 1.		X	
4	Imitar uma estrutura rítmica 2.		X	
4	Imitar uma estrutura rítmica 3.		X	
4	Imitar uma estrutura rítmica 4.		X	

PRAXIA GLOBAL

		Realiza	Não Realiza	Observações
1	Realizar marcha lenta, normal e rápida a pedido.		X	
2	Realizar marcha com o padrão motor adequado.		X	
3	Rolar o corpo num colchão.	X		
4	Senta-se e levanta-se sozinho.	X		
5	Lança uma bola com as duas mãos.		X	

6	Recebe uma bola com as duas mãos.	X		
7	Dribla uma bola com uma mão.		X	
8	Chuta a bola.	X		
9	Recebe uma bola com o pé.	X		
10	Lança e encesta a 1 m (cesto de esponja)		X	
10	Lança e encesta a 2 m (cesto de esponja)		X	
10	Lança e encesta a 3 m (cesto de esponja)		X	
11	Chuta e acerta a 2 m (baliza)		X	
11	Chuta e acerta a 3 m (baliza)		X	
11	Chuta e acerta a 4 m (baliza)		X	

PRAXIA FINA

		Realiza	Não Realiza	Observações
1	Aboatar botões.		X	
2	Apertar os atacadores.		X	
3	Realizar enfiamentos.		X	

12.3. Apresentação dos Resultados da Avaliação Inicial

Neste subcapítulo são apresentados os resultados obtidos pelo cliente em cada item dos sete fatores psicomotores avaliados pelo instrumento de avaliação. Assim F. foi avaliado com “realiza” os itens 1, 2 e 3 do fator **Tonicidade** e “não realiza” o item 4 “*facilidade de descontração das extremidades quando solicitado*”.

No fator **Equilíbrio** o cliente realiza apenas dois dos nove itens referentes a este fator. Assim F. foi avaliado com “realiza” os itens 4 e 5 e “não realiza” os itens 1, 2, 3, 6, 7, 8 e 9. Os itens 1, 2 e 3 dizem respeito ao equilíbrio em apoio unipodal (esquerdo e direito) e ao equilíbrio estático com olhos fechados. Os itens 6, 7, 8 e 9 dizem respeito aos saltos a pés juntos no mesmo no mesmo lugar e para a frente e saltos em apoio unipodal (direito e esquerdo).

Os fatores **Noção Corporal e Lateralidade** foram juntos numa só secção com sete itens nos quais o cliente foi avaliado como “não realiza”. Os itens desta secção dizem respeito à identificação das partes do corpo no próprio cliente, numa imagem e em outra pessoa.

No fator **Estruturação Espaço-Temporal** o cliente foi avaliado como “não realiza” nos sete itens. Os itens desta secção dizem respeito à imitação de quatro estruturas rítmicas diferentes, à pontualidade, à deslocação autónoma da sala ao ginásio e do ginásio à sala de referência e ainda à realização de um circuito com seis postos.

Relativamente ao fator **Praxia Global**, o cliente foi cotado com “realiza” nos itens 3, 4, 5, 6, 8 e 9. Nos restantes itens o cliente foi avaliado com “não realiza”. Os itens cotados com “não realiza” dizem respeito à marcha a diferentes ritmos, a pedido do examinador; ao lançar uma bola com duas mãos, driblar uma bola, e rematar uma bola marcando golo numa baliza colocada a 2m, 3m e 4m.

Finalmente, no fator **Praxia Fina**, o cliente foi avaliado com “não realiza” nos três itens. Os itens dizem respeito aos enfiamentos, apertar atacadores e abotoar botões.

A maioria dos itens nos quais o cliente obteve uma avaliação de “não realiza” são itens que não fazem sentido para o cliente em questão, uma vez que o nível de compreensão do cliente é baixo. Os itens em que este obteve avaliação positiva dizem respeito a atividades relacionadas com habilidades/competências adquiridas já pelo cliente durante o seu processo de desenvolvimento, nomeadamente o andar, rematar, sentar-se e levantar-se, etc.

Tendo em conta os itens assinalados com “não realiza” e que fazem sentido serem trabalhados com o cliente, foram então definidos objetivos para o mesmo, que constam no seu Plano de Intervenção (PI):

12.4. Plano de Intervenção (PI)

Os objetivos resultantes da avaliação inicial, no caso da atividade de intervenção psicomotora e os objetivos elaborados para a atividade de hidroterapia que constam no Plano de Intervenção (PI) do cliente para o ano letivo de 2011/2012 são os seguintes.

Psicomotricidade:

Objetivos gerais (psicomotricidade):

- Aumentar os níveis de participação;
- Adequar o comportamento;
- Diminuir a resistência à passividade;
- Melhorar a coordenação óculo-manual e óculo-podal.

Objetivos específicos (psicomotricidade):

- Participar em 40% das tarefas propostas;
- Não correr pelo ginásio enquanto aguarda a sua vez de realizar a tarefa;
- Diminuir a frequência de gritos em 70% das sessões;
- Diminuir a frequência com que agarra a camisola da técnica;
- Manter-se tranquilo na posição de decúbito dorsal;
- Lançar uma bola com um objetivo;
- Pontapear uma bola com um objetivo.

Hidroterapia Individual:

Objetivos gerais (hidroterapia):

- Aumentar os níveis de participação;
- Adequar o comportamento;
- Diminuir a resistência à passividade;
- Adaptação ao meio aquático.

Objetivos específicos (hidroterapia):

- Participar em 40% das tarefas propostas;
- Diminuir a frequência de gritos em 70% das sessões;
- Diminuir a frequência com que agarra a camisola da técnica;
- Diminuir a tonicidade nos deslizes em decúbito dorsal;
- Diminuir a tonicidade nos deslizes em decúbito ventral;
- Imergir toda a face, quando solicitado;
- Mergulhar com deslize em decúbito ventral;
- Apanhar argolas do fundo da piscina com a mão, na parte menos profunda da piscina.

12.5. Intervenção e estratégias

Uma vez apresentados os objetivos a serem trabalhados com F. durante o ano letivo de 2011-2012, considera-se pertinente descrever como decorreu a intervenção realizada com o mesmo, tal como as estratégias e os materiais utilizados nas sessões.

- *Psicomotricidade*

A intervenção psicomotora realizada com o cliente baseou-se numa intervenção do tipo grupal, realizada em contexto de ginásio. Esta teve a duração de dez meses, dos quais oito meses com a estagiária. O cliente integra as sessões de intervenção psicomotora (2x 45min/sem) estando inserido nos grupos I e IV. Assim em termos de horário, o cliente era apoiado na intervenção psicomotora às 2^{as} das 9h às 9h45 e às 5^{as} das 11h às 11h45.

A intervenção realizou-se centrada na realização de planos de sessão baseados no plano de intervenção do caso, e tendo em conta o grupo em que o cliente se inseria. Relativamente, ao espaço de intervenção, o ginásio, apresenta dimensões adequadas à prática psicomotora realizada em grupo, uma vez que se trata de um local amplo, com boa iluminação, com material diversificado e disponível para as dinamizações, entre o material havia, arcos, bolas de várias dimensões e texturas, pinos de vários tamanhos, cordas, um trampolim, colchões de queda, colchões finos para a atividade de relaxação, etc.

Ao longo do ano realizaram-se sessões centradas em atividades mais físicas, que envolviam o correr, o saltar, o rolar, o rastejar, o lançar e o pontapear. Nas sessões de intervenção realizaram-se, também, atividades de âmbito cooperativo e de competição entre pares, que envolvia a interação entre os clientes, como a promoção de diversas competências sociais, como a participação activa nas tarefas, a atenção, o cumprir tempos de espera, e a promoção da comunicação verbal e não-verbal.

Durante todo o processo de intervenção utilizaram-se, principalmente, as estratégias de demonstração, instrução e reforço verbal (positivo), como também a prevalência da ajuda verbal, especialmente na redução de comportamentos estereotipados e na manutenção de atenção e concentração na tarefa.

De modo a ilustrar o descrito será apresentado um exemplar de planeamento das sessões de psicomotricidade de grupo que o cliente integrou bem como o respetivo relatório

Quadro 7. Exemplar de planeamento de Psicomotricidade de grupo

Actividade	Descrição	Objectivos	Estratégias	Material
Arcos	Os clientes de vem movimentar-se de arco em arco ao som da música. Quando esta para, os clientes devem seguir as instruções da estagiária: “pé direito no arco vermelho, mão esquerda no arco azul”, etc.	Desenvolver a noção corporal; Promover o conhecimento das diferentes partes do corpo separadamente.	Instrução; Reforço verbal; Apoio físico.	Arcos Aparelhagem
Circuito com pegadas	Os clientes devem seguir o percurso estabelecido seguindo as instruções da técnica; Com um pé devem pisar as pegadas azuis e com o outro pé as pegada vermelhas.	Promover a lateralidade;	Instrução; Reforço verbal; Apoio físico.	Pegadas de duas cores
Retorno com instrução verbal	Os clientes devem deitar-se num colchão em posição de decúbito dorsal, tentando relaxar as diferentes partes do corpo de acordo com a instrução verbal da técnica.	Diminuir o tónus muscular; Promover a noção corporal.	Instrução; Reforço verbal; Apoio físico.	Colchões Aparelhagem

- *Hidroterapia*

A intervenção psicomotora em meio aquático realizada com o cliente baseou-se numa intervenção do tipo individual. Esta teve a duração de dez meses, dos quais oito meses com a estagiária. O cliente integra as sessões de hidroterapia individual (2x 30min/sem). Relativamente às sessões de hidroterapia o cliente tinha sessão às 3ª e 5ª das 14h15 às 14h45.

A intervenção realizou-se centrada na realização de planos de sessão baseados no plano de intervenção do caso, e tendo em conta os objetivos a serem trabalhados neste meio como F. Relativamente, ao espaço de intervenção, as sessões de hidroterapia foram dinamizadas na piscina da instituição.

Trata-se de uma piscina com dimensões 15m x 9m, e a profundidade varia entre os 90cm e os 110cm. No que diz respeito ao recinto onde está inserida, é considerado bem iluminado pelas dez grandes janelas (cinco de cada lado) que dão para o exterior.

Habitualmente, no horário em que o cliente tinha sessão, não havia nenhum outro apoio a decorrer simultaneamente. A intervenção era realizada numa das quatro "pistas" de modo a reduzir o espaço de intervenção.

Em termos de intervenção, ao longo do ano as atividades concretizadas, não variaram muito de sessão para sessão, ou seja, as sessões eram organizadas da seguinte forma: deslize em decúbito ventral, deslize em decúbito dorsal (com ajuda física e com o utilização de rolos) de forma a trabalhar a diminuição do tônus muscular, e finalmente uma actividade final na qual se procurava trabalhar " o cumprimento de tarefa". Aqui eram realizadas atividades como apanhar argolas do fundo da piscina, guardar as bolas espalhadas na piscina, numa caixa, empilhar cubos no cais da piscina.

Durante todo o processo de intervenção utilizaram-se, principalmente, as estratégias de ajuda física e reforço verbal (positivo).

De seguida será apresentado um exemplar de planeamento de sessão de hidroterapia na qual o cliente participou.

Quadro 8. Exemplar de planeamento de sessão de hidroterapia individual

Actividade	Descrição	Objectivos	Estratégias	Material
Deslize em decúbito ventral	O cliente colocado em posição de decúbito ventral, com o apoio de dois rolos colocados ao nível da cintura pélvica e com uma prancha, é deslocado pela piscina com apoio físico, realizando deslize em decúbito ventral.	Promover a extensão da coluna; Promover a extensão dos membros superiores; Melhorar a postura em posição horizontal; Promover a diminuição do tónus muscular.	Instrução; Reforço verbal; Apoio físico.	2 rolos 1 prancha
Deslize em decúbito dorsal	O cliente colocado em posição de decúbito dorsal, com o apoio de dois rolos colocados ao nível da cintura pélvica e cintura escapular é deslocado pela piscina com apoio físico, realizando deslize em decúbito dorsal.	Promover a extensão da coluna; Promover a extensão dos membros superiores; Melhorar a postura em posição horizontal; Promover a extensão do pescoço. Promover a diminuição do tónus muscular.	Instrução; Reforço verbal; Apoio físico.	2 rolos
Apanhar bolas	O cliente tem que apanhar a bolas que se encontram dispersas pela água e guardá-las numa caixa que se encontra no cais da piscina.	Cumprir tarefa	Instrução; Reforço verbal; Apoio físico.	Cubos 1 prancha

12.6. Avaliação final

A avaliação final de F. em cada apoio consistiu na verificação do cumprimento ou não dos objetivos definidos e presentes no Plano de Intervenção (PI) do cliente. Assim é importante reforçar a ideia de que as avaliações finais não foram realizadas com recurso a um instrumento de avaliação, tendo-se baseado no Plano de Intervenção (PI) do indivíduo, verificando-se se os objetivos para o apoio tinham sido ou não cumpridos.

A avaliação final de F. em ambos os apoios aconteceu no mês de Junho de 2012.

Seguidamente serão apresentados os resultados resultantes da avaliação final do cliente em ambos os apoios, em que se colocará apenas a indicação de **“Atingido” (A.)** ou **“Não Atingido” (N.A.)** à frente de cada objetivo.

Psicomotricidade

Objetivos específicos (psicomotricidade):

- Participar em 40% das tarefas propostas; **(A)**
- Não correr pelo ginásio enquanto aguarda a sua vez de realizar a tarefa **(A)**
- Diminuir a frequência de gritos em 70% das sessões; **(N.A)**
- Diminuir a frequência com que agarra a camisola da técnica; **(N.A)**
- Manter-se tranquilo na posição de decúbito dorsal; **(A)**
- Lançar uma bola com um objetivo; **(N.A)**
- Pontapear uma bola com um objetivo. **(A)**

Hidroterapia

Objetivos específicos (hidroterapia):

- Participar em 40% das tarefas propostas; **(A)**
- Diminuir a frequência de gritos em 70% das sessões; **(N.A)**
- Diminuir a frequência com que agarra a camisola da técnica; **(N.A)**
- Diminuir a tonicidade nos deslizes em decúbito dorsal; **(N.A)**
- Diminuir a tonicidade nos deslizes em decúbito ventral; **(A)**
- Imergir toda a face, quando solicitado; **(A)**
- Mergulhar com deslize em decúbito ventral; **(A)**
- Apanhar argolas do fundo da piscina com a mão, na parte menos profunda da piscina. **(N.A)**

12.7. Análise Global de resultados

Em termos gerais, o cliente atingiu parcialmente os objetivos presentes no seu Plano de Intervenção.

Na terapia de psicomotricidade F. concretizou com sucesso quatro dos sete objetivos propostos. Os três itens não atingidos para este apoio foram: “lançar uma bola com um objetivo”, “diminuir a frequência de gritos em 70% das sessões” e “diminuir a frequência com que agarra a camisola da técnica”.

No apoio de hidroterapia o jovem alcançou quatro dos oito objetivos determinados. Assim os itens não atingidos foram “diminuir a frequência de gritos em 70% das sessões”; “diminuir a frequência com que agarra a camisola da técnica”; “diminuir a tonicidade nos deslizes em decúbito dorsal” e “apanhar argolas do fundo da piscina com a mão, na parte menos profunda da piscina”.

É de notar que os objetivos específicos “diminuir a frequência com que agarra a camisola da técnica” e “diminuir a frequência de gritos em 70% das sessões”, são comuns às duas terapias. Estes não foram atingidos devido ao facto do cliente atravessar uma fase em que se encontra mais agitado, e por apresentar um comportamento constante de oposição. Esta situação é explicada pela medicação do cliente que não está a surtir efeito.

É de realçar que mesmo não tendo alcançado todos os objetivos com sucesso, devido ao seu comportamento, o cliente, de um modo geral, evoluiu em várias áreas trabalhadas também durante as sessões: e.g. o exercício de passar os arcos sem pisar os mesmos (como inicialmente fazia), o facto de transpor o banco sueco de frente, sem ajuda, que era uma tarefa que se recusava fazer no início do ano, rematar uma bola, ajudar a arrumar o material. Estas questões não foram avaliadas diretamente, dado não constarem no Plano de Intervenção.

Relativamente à hidroterapia, o cliente teve progressos em questões como entrar e sair da piscina sem agarrar o fato de banho da técnica, como fazia nas sessões iniciais, imergir a cara quando solicitado e deixar de agarrar o fato de banho da técnica durante a execução da tarefa. É de mencionar que no próximo letivo se irá apostar essencialmente em objetivos comportamentais para este cliente na intervenção psicomotora.

O défice cognitivo de F. traduz-se em graves problemas de compreensão, que juntamente com o seu comportamento desajustado, fazem deste cliente um jovem muito especial e um caso de intervenção muito interessante e desafiante.

Neste sentido é fundamental reforçar o papel e postura do terapeuta/estagiária no processo de intervenção com este cliente de modo a contribuir para uma adequada intervenção e de desenvolvimento do mesmo.

É de referir que a estagiária apresentou desde sempre uma postura de grande aceitação e paciência e que tentou desde sempre contribuir de forma positiva para o crescimento e desenvolvimento do cliente em questão. Nas sessões de hidroterapia a proximidade entre ambos era maior, pelo que se procurava trabalhar e otimizar a relação entre os dois, uma vez que isso seria preponderante para uma boa relação entre cliente/estagiária nos diferentes contextos de intervenção.

Ainda no âmbito do Estágio, foi possível colaborar em diversas atividades que não estando diretamente relacionadas com a intervenção psicomotora, permitiu à estagiária conhecer melhor a instituição e os respetivos clientes e equipa, bem como participar ativamente noutro tipo de atividades tão características do funcionamento em meio institucional.

13. ATIVIDADES COMPLEMENTARES

- **Caminhada Ambiental – Inter-centros**

No dia 17 de Novembro de 2011, a Cercica teve a oportunidade de participar numa caminhada no âmbito do projeto inter-centros. Desta vez, foi a Cerci Lisboa a responsável pela organização da caminhada. A caminhada realizou-se em Sintra, e participaram dezasseis clientes da Cercica acompanhados pela técnica Joana, dois funcionários da instituição e pela estagiária da FMH. A atividade teve início às 10h da manhã tendo-se prolongado além da hora de almoço. Foi uma caminhada muito agradável, onde foi possível desfrutar das paisagens de Sintra. Os clientes divertiram-se muito e mostraram-se muito empenhados durante toda a atividade. É de realçar o esforço de todos os clientes uma vez que se tratava de um percurso em que o piso se mostrava bastante irregular, e no qual havia mudanças de nível.

- **Hidroginástica – Inter-centros**

No dia 22 de Novembro de 2011, a Cercica recebeu um encontro Inter-centros, onde participaram sete instituições. A Cercica foi responsável por dinamizar uma aula de hidroginástica para todos os clientes. Uma vez que o número de participantes era elevado, realizaram-se três aulas, onde puderam participar todos os clientes que visitaram a Cercica neste dia. Participaram ainda vinte e nove clientes internos da instituição, e as três estagiárias curriculares da FMH. Estas participaram nas três aulas, servindo de modelo dentro de água para os clientes. As mesmas acompanharam os clientes na hora da entrega dos brindes. A atividade teve início às 10h da manhã, tendo durado toda a manhã.

- **Atividade de Rugby**

No dia 17 de Abril de 2012, dezasseis clientes da CERCICA, acompanhados pela técnica Joana e pela estagiária da FMH, participaram nas atividades inerentes à III semana de Voluntariado Jovem, organizadas pela Junta de Freguesia de Cascais em parceria com o clube Cascais Rugby. A atividade em que os clientes participaram foi o rugby e ocorreu no campo Dramático de Cascais. Participaram dezasseis clientes da instituição com a equipa de juniores de rugby do Dramático de Cascais. Estes experimentaram diferentes habilidades de rugby. A estagiária e a técnica ficaram a tirar fotos do evento.

- **Atividade de Atletismo**

No dia 17 de Maio de 2012, 56 clientes da Cercica, acompanhados por duas técnicas, cinco responsáveis de sala, e pela estagiária da FMH, participaram numa atividade de atletismo organizada pela instituição. A atividade consistiu na realização de provas como os 50m marcha, 50m corrida, os 100m marcha, 100m, 200m, 400m e 800m. A atividade teve lugar no campo de futebol do Estoril Praia. Foi uma atividade bastante divertida e muito interessante pelo fato de ter envolvido um número bastante elevado de clientes. A atividade começou por volta das 10h30 e prolongou-se por toda a manhã. A estagiária acompanhou os clientes durante percurso de “ida e regresso”, à instituição no autocarro da CERCICA. Durante a actividade, ajudou a definir as distâncias percorridas pelos clientes, bem como linhas de meta. A mesma participou inclusive em algumas provas como “atleta modelo” para alguns clientes menos autónomos.

- **Passeio de “ Bicas” da Guia à Marina de Cascais**

No dia 2 de Julho de 2012, quatro clientes da Cercica acompanhados pela técnica Joana, por um vigilante e pela estagiária da FMH, participaram num passeio de bicicleta “Bicas” de Cascais, realizado entre a Guia e a Marina de Cascais. Havia apenas cinco bicicletas, quatro para os clientes e uma para um dos técnicos. A atividade envolveu acontecimentos únicos. É de mencionar que três dos clientes sabiam andar autonomamente de bicicleta, apesar de ter havido um pequeno incidente com um destes clientes durante o percurso. O quarto elemento da “equipa” exigiu o apoio físico permanente de dois dos acompanhantes, durante todo o percurso, uma vez que não se equilibrava totalmente na bicicleta (em movimento).

É de referir que foram utilizadas cinco bicicletas. A quinta bicicleta era utilizada, “à vez”, por cada um dos acompanhantes, de modo a haver sempre um guia/modelo a mostrar o caminho aos clientes autónomos. A estagiária teve a oportunidade de experimentar os dois papéis nesta atividade.

- **Caminhada no paredão do Estoril a Cascais**

Nos dias 10 e 12 de Julho de 2012, houve numa caminhada ao “ar livre” no paredão entre Estoril e Cascais. A atividade envolveu a participação de quinze clientes, distribuídos por dois grupos acompanhados pelas técnicas Joana R. e Joana G., dois vigilantes e pela estagiária da FMH. Alguns dos clientes participaram nas duas caminhadas. A atividade correu de forma muito positiva, tendo sido uma experiência bem aproveitada por todos os jovens.

- **Avaliação “ Sêniiores em movimento”**

A estagiária teve a oportunidade de participar na avaliação inicial e final do projeto “Sêniiores em Movimento”. Trata-se de um projeto financiado pela Câmara Municipal de Cascais que envolve a participação de cerca de 420 sêniiores do concelho. Estes têm oportunidade de fazer as atividades de hidroginástica ou de ginástica durante o ano. A Cercica ficou responsável por realizar a avaliação inicial e final dos idosos. Esta avaliação serve de um modo geral, para se perceber se realmente a atividade física, financiada pela Câmara, traz ou não benefícios para estes gerontes e desta forma perceber se é viável ou não a continuidade do projeto.

A avaliação inicial ocorreu na última semana de novembro e primeira semana de dezembro de 2011 e a avaliação final ocorreu nas duas últimas semanas de junho de 2012. Este processo de avaliação envolveu a participação de nove técnicas do NTAM e três estagiárias da FMH, organizadas em grupos de seis, distribuídas pelas instituições e respetivos dias da semana. Estas iam a cada centro avaliar os vários grupos de gerontes participantes neste projecto.

O processo de avaliação consistiu na aplicação de algumas das “provas/atividades” da Bateria de Fullerton, de modo a avaliar alguns parâmetros da condição física (força dos membros, resistência aeróbia, flexibilidade, etc.) dos seniores envolvidos neste projeto.

De modo a facilitar e a tornar o processo mais breve, cada grupo de gerontes, era organizado e distribuído pelos cinco postos existentes, nos quais tinham que realizar a prova correspondente (flexão dos membros superiores; flexão dos membros inferiores, flexibilidade, medição de perímetros corporais, tempo de reacção). Havia uma última prova, que se tratava de uma corrida final durante breves minutos, de modo a avaliar a resistência aeróbia dos participantes. Cada uma dos elementos da equipa de avaliação ficava responsável pela avaliação de um dos parâmetros.

- **Estudo FMH**

No âmbito de um estudo de investigação da Faculdade de Motricidade Humana, a estagiária teve a oportunidade de aplicar três instrumentos de avaliação diferentes a cerca de 20 clientes internos da Cercica de modo a apurar se as escalas da Intensidade de Apoios, a Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa (ECAP) e a Escala de Resultados Pessoais apresentam correlação entre si.

A aplicação das escalas teve início a 19 de abril de 2012, tendo sido a última aplicação a 16 de junho de 2012. É de referir que a ECAP já tinha sido aplicada pela instituição a cada um dos clientes no ato de entrada para a mesma. Neste sentido a estagiária aplicou apenas dois dos instrumentos.

- **“Férias na Cercica”**

Nas duas últimas semanas de Julho, de 16 e 27 de 2012, realizou-se a 3ª Edição de “Férias na CERCICA”. Tratou-se de uma colónia de férias inclusivas na qual participaram na primeira semana cerca de vinte e quatro crianças e na segunda semana vinte e cinco.

As colónias “Férias na CERCICA” integraram atividades realizadas na instituição, como brincadeiras na piscina, visitas e atividades nos diferentes ateliês da instituição, em normal funcionamento, jogos no ginásio e no exterior. Os clientes tiveram também a oportunidade de passar um dia na praia, tendo a possibilidade de realizar um “batismo de surf”, e direito também a duas “dormidas” na instituição.

Neste evento estiveram envolvidas de forma direta, nove técnicas do Núcleo de Atividade Motora, quatro vigilantes, três estagiárias e duas voluntárias.

A estagiária ficou responsável pelo acompanhamento de uma das crianças com NEE que participou neste evento, acompanhando a mesma em todas as atividades e sendo responsável também pela alimentação da mesma durante as duas semanas.

- **Outras intervenções**

Durante o ano letivo, a estagiária teve a oportunidade de assegurar pontualmente alguns apoios de algumas técnicas, por motivo de ausência das mesmas.

No final de janeiro, início de fevereiro, uma das técnicas do NTAM teve de se ausentar por motivos de saúde, e a estagiária foi convidada a assegurar alguns dos apoios da mesma, incluindo as turmas de natação.

14. CONCLUSÃO, SÍNTESE GERAL E PERSPETIVAS PARA O FUTURO

A realização deste estágio traduziu-se numa experiência muito enriquecedora que contribuiu para o meu crescimento como pessoa e como profissional da área.

A oportunidade de estagiar na CERCICA, uma instituição de referência, na área da intervenção com populações com DID, constituiu uma mais-valia e um motivo de orgulho para mim.

Penso que a possibilidade de integrar e pertencer, em contexto de estágio, a uma instituição tão grande e tão complexa em termos de funcionamento e organização como a CERCICA se traduz num ponto alto da nossa formação académica, uma vez que numa instituição deste calibre temos a oportunidade de absorver um conjunto diversificado de experiências, além da intervenção, importantes para a nossa vida profissional futura, i.e., além da riqueza da intervenção que a instituição nos proporciona, (a intervenção em diferentes contextos, com grupos heterogéneos, as diferentes terapias com que trabalhamos, etc.) temos também a possibilidade de presenciar e perceber a importância do trabalho em equipa, e como se processa na realidade a troca de informação sobre “os casos” entre os profissionais das diferentes áreas. Temos a oportunidade também de acompanhar de perto as rotinas dos clientes da instituição, incluindo os casos com os quais se realiza intervenção, podendo mesmo acompanhar alguns dos clientes, às suas salas de referência e de se poder verificar o tipo de trabalho que desenvolvem nos ateliês, e o “destino” dos mesmos, o que nos permite ficar a conhecer melhor os clientes com os quais realizamos intervenção desenvolvendo assim uma relação de maior proximidade com os mesmos e respetivos responsáveis de sala. A oportunidade de participarmos em atividades e campanhas organizadas pela instituição, e de podermos perceber qual a ligação e relação que a CERCICA tem com a comunidade e a forma como articula com a mesma são também alguns dos pontos positivos de se estagiar numa instituição como esta.

Em suma, todas as experiências proporcionadas pela instituição, permitem-nos sentir o que é “fazer parte de” e “trabalhar” numa instituição, e perceber a importância e o papel que cada um desempenha na mesma e o contributo que cada um pode dar para o bom funcionamento desta instituição. No fundo, o estágio, trabalho nesta instituição vai “mais além da intervenção”.

A oportunidade de intervir em contexto institucional alargou o meu conhecimento em relação à questão da intervenção psicomotora e às diferentes populações a que se destina, com especial destaque para a problemática da DID.

Considero que ter trabalhado com este tipo de população foi uma experiência muito desafiante, enriquecedora, e ao mesmo tempo difícil, uma vez que tendo em conta o défice cognitivo característico da mesma e consequentemente as dificuldades de compreensão que este origina, tornaram difícil o planeamento de sessões, sendo necessário simplificar bastante as tarefas. Inicialmente, a comunicação entre estagiária/cliente (s), esteve um pouco comprometida também devido a esta questão. Com o passar do tempo, aprendi a “ler e interpretar” os sinais e formas de comunicação dados pelos clientes, passando a haver um maior entendimento entre a estagiária/ clientes, contribuindo de forma positiva para uma melhoria do processo de intervenção.

Como profissional da área e apoio, senti que contribui de alguma forma para a manutenção da qualidade de vida e autonomia destes clientes.

De um modo geral tive a oportunidade de intervir com jovens adultos e crianças, (maioritariamente com jovens adultos) em diferentes contextos (terrestre e aquático), em situação individual e de grupo, tendo tido a oportunidade de aprender com cada uma das diferentes experiências, o que constituiu um aspeto muito positivo deste

estágio. Considero que trabalhar com jovens adultos é bem diferente e mais complexo do que se trabalhar com crianças, uma vez que, os jovens adultos têm na maioria das vezes a sua personalidade já definida, “manias”, comportamentos, postura e atitude enraizados, tornando-os inflexíveis muitas vezes à mudança. Por outro lado a diferença de estaturas entre crianças e jovens adultos é considerável tornando difícil o controlo de um jovem adulto numa situação adversa, o comportamento desajustado adotado.

Quanto à intervenção em situação individual e de grupo, penso que foi mais fácil intervir em situação individual, do que em situação de grupo. Em contexto individual há a oportunidade de criação de uma relação de maior proximidade com o cliente, o que faz com que o conheçamos mais rapidamente e o melhor, aprendendo a interpretar todos os sinais, e formas de comunicação que o mesmo nos dá. Também em situação individual é mais fácil controlar qualquer comportamento desajustado por parte do cliente ou outro tipo de situação adversa. Todavia, trabalhar em situação de grupo também tem os seus aspetos positivos, nomeadamente a questão da socialização, a noção da interajuda, a questão da imitação (o colega) etc. Em situação de grupo torna-se mais difícil a criação de uma relação de proximidade e o controlo do mesmo, principalmente quando este é formado por clientes menos autónomos.

Relativamente aos diferentes meios de intervenção considero que ambos têm a sua riqueza e que permitem desenvolver diferentes tipos de trabalho. No meio terrestre procura-se trabalhar questões relacionadas com o desenvolvimento dos fatores psicomotores e no meio aquático tenta-se trabalhar em questões como mobilizações, adaptação ao meio aquático, etc.

O estágio permitiu colocar em prática a teoria lecionada anteriormente ao longo do 1º e 2º ciclo de RPM. Durante o percurso académico ouvimos falar de conceitos como, dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID), anteriormente denominada por deficiência mental, comportamento adaptativo, qualidade de vida, autonomia, funcionalidade, tipo de apoio, entre outros, que só fazem sentido verdadeiramente quando os vemos aplicados na realidade, neste caso em situação de estágio.

Relativamente à forma como se desenvolveu o estágio é de referir o facto de este se ter realizado por fases, ter sido um fator positivo. A fase inicial permitiu o contacto direto com os clientes, em contexto de intervenção, e pela observação conhecer as principais diferenças e necessidades de cada um.

É importante ter presente que cada cliente é igual a si mesmo e que apesar de diferentes clientes apresentarem o mesmo diagnóstico e défices cognitivos semelhantes não significa que os mesmos se comportem da mesma forma, uma vez que cada um tem as suas características, personalidade, necessidades e interesses específicos.

Numa segunda fase, tive a oportunidade de intervir com os clientes com a supervisão assertiva e funcional da técnica Joana Rodrigues, o que fez com que compreendesse melhor o trabalho efetuado com os clientes e forma mais adequada a intervir com os mesmos.

Numa terceira fase a técnica deixou de estar presente nas sessões e passei a intervir de forma “autónoma” e direta com os clientes. Este foi um aspecto muito positivo deste estágio que contribui para o meu crescimento como profissional da área. Apesar de não estar presente nas sessões, sentia bastante o apoio da mesma, uma vez que a técnica estava sempre atenta e disponível a aparecer imediatamente e intervir assim que solicitada. No final das sessões procurava saber como tinham “corrido” as mesmas, dando espaço para o esclarecimento de qualquer dúvida, resolução de qualquer problema e dar conselhos.

O facto de intervir sem a presença do técnico de referência, dos clientes, e passar a ser o “técnico” de referência para os mesmos, permitiu a criação de uma relação mais próxima com os clientes, e conhecer melhor os clientes, tendo a oportunidade de aprender a ser mais eficaz na escolha de estratégias de modo a incentivar e inibir um determinado comportamento, ou controlar uma determinada situação, aprendi a ser mais assertiva, compreensiva, aprendi a respeitar o tempo de cada um (cliente). De um modo geral mudei a minha postura e maneira de estar no “mundo” e a relacionar-me com os outros, procurando estabelecer uma relação de qualidade.

Em todo o processo de intervenção senti-me bastante segura e apoiada contando sempre com a orientação, esclarecimento, disponibilidade e conselhos da Dra. Joana Rodrigues.

Tenho também que referir e salientar o apoio sentido por parte de toda a equipa do NTAM, com que tinha contacto, todos os dias, que desde o início me colocou à vontade para o esclarecimento de qualquer dúvida e para me ajudar em tudo o que precisasse.

Com este estágio, percebi e aprendi a importância de se trabalhar em equipa e pertencer a uma equipa multidisciplinar como já havia dito, percebi a importância de se elaborarem Planos de Intervenção, etc., aprendi também que a intervenção tem sempre como objetivo final, além dos objetivos trabalhados em sessão, a “autonomia” “qualidade de vida”, “funcionalidade” dos clientes.

A principal dificuldade sentida na realização deste estágio foi sem dúvida o planeamento das sessões de psicomotricidade de grupo, uma vez que se tratava de planejar sessões para grupos muito heterogéneos, constituído por clientes menos autónomos. Aqui senti a dificuldade de encontrar atividades/tarefas que todos pudessem realizar e as respetivas adaptações.

O cumprimento de prazos de entrega de documentos, (relatórios de sessão e o presente relatório de estágio), foi também uma questão difícil para mim, devido à questão da “falta de tempo”, uma vez que além do estágio na CERCICA, trabalhava em part-time.

Considero que a realização deste estágio contribuiu bastante para o meu crescimento como pessoa e como profissional da área. Com este estágio aprendi diferentes formas e estratégias de intervenção, nos diferentes meios, aprendi a controlar e dinamizar grupos, que era uma das minhas dificuldades iniciais, aprendia simplificar tarefas, aprendi improvisar e me adaptar as diferentes situações de intervenção, aprendi a respeitar o tempo de cada um, aprendia a ser mais paciente e assertiva. Neste momento posso dizer que me sinto preparada para ingressar no mundo de trabalho.

Todo o trabalho desenvolvido no âmbito das atividades de estágio permitiu também concluir que o reconhecimento social dos problemas das pessoas com DID tem contribuído para o aparecimento de políticas que promovem e apoiam o desenvolvimento e a integração das mesmas na sociedade.

Apesar de atualmente, o problema social da diferença e da dificuldade ser parte integrante das preocupações dos governos, nem sempre as medidas governamentais desenvolvidas são suficientemente abrangentes para beneficiar todos os indivíduos que carecem das mesmas, o que leva ao surgimento de instituições, cooperativas e centros particulares ou comparticipados.

Neste sentido a CERCICA constitui um agradável exemplo, uma vez que, através dos seus serviços parece procurar aumentar e garantir a qualidade de vida de cada jovem e da sua família. Por outro lado, esta instituição articula com a sociedade de uma forma cuidadosa e criteriosa, permitindo a inclusão ativa dos seus clientes, para além de assegurar o respeito e os cuidados necessários a se desenvolver no seio da comunidade.

Em conclusão, a CERCICA é sem dúvida uma instituição grandiosa e promotora de progressos, não só pela constituição do seu estatuto, mas também pelo trabalho persistente que desenvolve perante os serviços que oferece aos clientes, à família e à sociedade em geral.

15. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAIDD (2011). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. http://www.aaidd.org/IntellectualDisabilityBook/content_2678.cfm retirado a 15 de Novembro de 2012

Almeida, G. (2005). O espaço do Psicomotricista numa equipa de Saúde Mental Infantil. *A Psicomotricidade*, 6.

Aman, M., & Ramadan, Y. (2009). Pharmacotherapy. In Jacobson, J.; Mulick, J. & Rojahn, J. (eds). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. Issues in Clinical Child Psychology. Springer Science & Business Media, Ld. 657-674.

American Psychiatric Association (2002). DSM - IV: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. Lisboa: Climepsi Editores

Antonarakis, S., Lyle, R., Dermitzakis, E., Raymond, A., & Deutsch, S. (2004). Chromosome 21 and down syndrome: from genomics to pathophysiology. *Nature Reviews Genetics*, 5: 725-738.

Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2010). Proposta de Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses. Lisboa

Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2011). Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses. Lisboa

Ballone, G. (2005). Epilepsia. <http://gballone.sites.uol.com.br>. Retirado a 10 de Setembro de 2012

Belo, C., Caridade, H., Cabral, L., & Sousa, R. (2008). Deficiência intelectual: terminologia e conceptualização. In Revista Diversidades, 22 (Out.-Dez.), 4-9.

Bergen, C. (2003). Epilepsia. In: Weiner, J.; Goetz, G. *Neurologia para o Não-Especialista*. 4 ed. São Paulo: Livraria Santos, Cap.8, p.103-109

Bodfish, J. (2009). Stereotypy, Self-Injury and Related Abnormal Repetitive Behaviors. In Jacobson, J.; Mulick, J. & Rojahn, J. (eds). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. Issues in Clinical Child Psychology. Springer Science & Business Media, Ld. 481-506.

Brandão, T. (2007). As disfunções motoras como indicadores precoces das perturbações do espectro do autismo, in Barreiros, J., Cordovil, R. & Carvalheiro, S., *Desenvolvimento motor da criança*, Cruz Quebrada, FMH Edições, 219-226.

Brodie, J., & Dichter, A. (1996). Antiepileptic drugs. *N. Engl. J. Med.* 168–175.

Castellano, F., (2006). Genética e Herencia. *Síndrome X Frágil: Libro de consulta para familias y profesionales*, pp 19-24.

Carvalho, J. (2005). Terapia Psicomotora em contexto hospitalar. *A Psicomotricidade*, nº6, Gráfica 2000, 73-79.

Carrilho, I. (2009). Qualidade de vida da pessoa com deficiência: perspectivas actuais e futuras. Dissertação de mestrado não publicada. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa. Cruz-Quebrada, Lisboa, Portugal.

CERCICA, (2012). *Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais*. Retirado a 15 de Novembro de 2012 em: <http://www.cercica.pt/historia.php>

CERCICA, (2012). *Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais*. Retirado a 15 de Novembro de 2012 em: <http://www.cercica.pt/missao.php>

CERCICA, (2012). *Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais*. Retirado a 15 de Novembro de 2012 em: <http://www.cercica.pt/organograma.php>

CERCICA, (2012). *Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais*. Retirado a 15 de Novembro de 2012 em: <http://www.cercica.pt/terapias.php>

CERCICA, (2012). Plano de Atividades e Orçamento 2012. Retirado a 15 de Novembro de 2012 em: http://www.cercica.pt/links_files/PlanoACTIVIDADES_2012%20definitivo.pdf

CERCICA, (2012). *Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais*. Retirado a 15 de Novembro de 2012 em: <http://www.cercica.pt/ginasio.php>

CERCICA, (2012). *Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais*. Retirado a 15 de Novembro de 2012 em: <http://www.cercica.pt/piscina.php>

Chapman, R., & Hesketh, L. (2001). Language, cognition, and short-term memory in individuals with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 7(1), 1-7. Acedido em 13 de Julho no site: <http://www.down-syndrome.org/reviews/108/>

Chawarska, K., Klin, A., & Volkmar, F. (2008). Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers, in Chawarska, K., Klin, A., & Volkmar, F. R., *Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers - Diagnosis, Assessment and Treatment*, Nova Iorque, The Guilford Press, 1-22.

Cheetham, T., Lovering, J., Telch, J., Telch, F. & Percy, M. (2007). Physical Health. In I. Brown & M. Percy (Hrsg.), *A Comprehensive Guide to Intellectual & Developmental Disabilities* (S. 629-644). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co

Coleta, N. (2006). Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo. A Balneoterapia como processo terapêutico facilitador da relação mãe-filho. *A Psicomotricidade*, 8: 49-66.

Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy, 1989. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 30,389–399

Condillac, R. (2009). Behavioral Intervention and Intellectual Disabilities. In Brown, I. & Percy, M. (eds). *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental Disabilities*. Paul H. Brookes Publishing Cº. 363-372

Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança, Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.

Custódio, M. & Santos, S. (2011). O papel da Intervenção Psicomotora na Promoção da Qualidade de Vida. *A Psicomotricidade*. nº14 (no prelo)

Cruz, V., & Fonseca, V. (2002). *Educação Cognitiva e Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.

Engel, J., & Pedley, A. (1997). *Epilepsy: a comprehensive textbook*, Lippincott-Raven, Philadelphia: 2013-2019.

Fatemi, S., & Folson, T. (2011). the role of fragile x mental retardation protein in major mental disorders. *neuropharmacology*, 60 (7-8):1221-1226.

Fenacerci, (2012). Federação Nacional Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social. Retirado a 15 de Novembro de 2012 em: <http://www.fenacerci.pt/>

Fonseca, V. (1995, Janeiro/Dezembro). A Deficiência Mental a partir de um Enfoque Psicomotor. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, (3/4), 125-139.

Fonseca, V. (2001). *Cognição e Aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. (2007). *Manual de Observação Psicomotora – significação psiconeurológica dos factores psicomotores*. Lisboa: Âncora Editora.

Fuentes, F. (2006). Fenótipo físico y manifestaciones clinicas. *Síndrome X Frágil: Libro de consulta para familias y profesionales*, 25-30.

Gerenser, J. & Forman, B. (2009). Speech and Language Deficits in Children with Developmental Disabilities. In Jacobson, J.; Mulick, J. & Rojahn, J. (eds). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. Issues in Clinical Child Psychology. Springer Science & Business Media, Ld. 563-5580

Hauser, W. (1997) Incidence and Prevalence. In: Engel Jr J, Pedley TA (eds). *Epilepsy: A Comprehensive Textbook*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers: 47-57.

Hewitt, S. (2006). *Compreender o autismo - Estratégias para alunos com autismo nas escolas regulares*. Porto: Porto Editora.

Lampreia, C. (2007). A perspectiva desenvolvimental para a intervenção precoce no autismo. *Estudos de Psicologia*, n.24, volume 1: 105-114

Lapierre, A. (2002). *Psicomotricidade relacional e análise corporal da relação*. Curitiba. UFPR.

Leitão, A., Lombo, C., & Ferreira, C. (2008). O contributo da psicomotricidade nas dificuldades intelectuais e desenvolvimentais, in *Revista Diversidades*. ano 6. 22: 21-24. Pesquisa realizada no dia 14 de Março de 2011 em www.madeira-edu.pt/dreer

Lomba, J. (1999). *Vamos falar sobre deficiência-Definição de Deficiência Mental*.

López, G. (2006). Introduccion histórica. *Síndrome X Frágil: Libro de consulta para familias y profesionales*, 13-17.

Lousada, A. (2004). Perturbações da comunicação e da linguagem nas crianças com autismo. *O Professor*. 55-64.

Lovering, J., & Percy, M. (2009). Down Syndrome. In Brown, I. e Percy, M. (Ed.), *A Comprehensive Guide to Intellectual & Developmental Disabilities*. Paul H. Brookes Publishing Co. 149-172

Luckasson, R. et al. (2002). Mental Retardation – Definition, Classification, and Systems of Supports. AAMR. 10ª Edição, Washington, D. C.

Macdonald, D. (2001) *The New Encyclopedia of Mammals*, Oxford: Oxford University Press.

Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade - As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. a. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (29-40). Lisboa: Edições FMH.

Martins, R., & Rosa, R. (2005) Grupo de Crianças e Pré-adolescentes com Perturbações Disruptivas do Comportamento e Défice de Atenção – Crianças Hiperactivas com Défice de Atenção (PHDA). *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes – Aprender a Pensar*. 1ª Edição. Lisboa: Trilhos Editora. 173-214

Marques, M., Castro, J., & Silva, M. (2001). Actividade Física Adaptada: uma visão crítica. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 1.

Matias, A. (2005). Terapia Psicomotora em meio aquático. *A Psicomotricidade* . 5: 68-76.

Matias, A. (2010). *Psicomotricidade no Meio Aquático na Primeira Infância*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial.

Matson, J. & Laud, R. (2009). Assessment and Treatment Psychopathology among People with Developmental Delays. In Jacobson, J.; Mulick, J. & Rojahn, J. (edts). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. Issues in Clinical Child Psychology. Springer Science & Business Media, Ld. 507-540.

Meldrum. BS. (1990).Anatomy, physiology and pathology of epilepsy. [Review]. *Lancet*;336.

Morato, P. (1995). Deficiência Mental e Aprendizagem - Um estudo sobre a cognição espacial de crianças com Trissomia 21. Lisboa: Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa com vista à obtenção do grau de Doutor em Motricidade Humana na especialidade de Educação Especial e Reabilitação. UTL.

Morato, P & Santos, S. (2007). Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. A mudança de paradigma na conceção da deficiência mental, in Revista de Educação Especial e Reabilitação, 14, 51-55.

Morato, P. & Santos, S. (2013). Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. A Mudança de Paradigma na Conceção de Deficiência Mental. Sanches, I; Costa, M.; Costa, A. & Santos, A. (eds). Para uma Educação Inclusiva: dos conceitos às Práticas. 13-19 (no prelo)

Nelson DL. (1995). The Fragile X mental retardation syndrome. In : Shaw DJ ed. Molecular Genetics of Human Inherited Diseases. Chichester. John Wiley & Sons Ltd: 91 -116

Oliveira, T. (2010). Intervenção Precoce no Autismo e Trissomia 21 - Orientações para boas práticas de intervenção.

Onofre, P. (2004). *A Criança e a sua Psicomotricidade... uma pedagogia livre e aberta em intervenção motora educacional*. Trilhos Editora.

Organização Mundial de Saúde (2004). Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Direcção-Geral de Saúde, Lisboa.

Pacheco, B., & Valencia, R. (1997). *Deficiência Mental*. In R. Bautista. *Necessidades Educativas Especiais*. Dinalivro.

Padley, T. (2002). Na Editor Departs: Ave et Vale. *Epilepsia*. 42 (12): 1489-1491.

Prado, R., & Verón, A. (2000). Las personas con retraso mental: Características de su desarrollo. Principios generales de intervención educativa y critérios para adaptar el curriculum a estos alumnos. *Psicopedagogia*,3:. 87-105.

Dale, M., Rang, H. (2007). *Rang & Dale's pharmacology*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Regateiro, F. (2007). Manual de Genética Médica. Coimbra: Empresa da Universidade de Coimbra.

RACP. (2012). Documento orientador para a elaboração e avaliação do relatório do ramo de aprofundamento de competências profissionais. Faculdade de Motricidade Humana (documento não publicado).

Rodrigues, D. (1983). O Deficiente motor e a intervenção pedagógica. Lisboa: ISEF.

Rodrigues, D. (1998). Corpo, espaço, movimento – A representação espacial do corpo em criança com paralisia cerebral. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.

Rogers, S. (1996). Brief Report: Early Intervention in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2 (26): 243-246.

Roizen, N., & Patterson, D. (2003). Down's syndrome. *Lancet*. 361(12): 1281-1289.

Sampedro, M., Blasco, G., & Hernández, M. (1993). A Criança com Síndrome de Down. In Rafael bautista (Orgs); Necessidades Educativas especiais, Coleção Saber Mais, Dinalivro: 225-248.

Santos, S. (2000). Comportamento adaptativo. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 7 (1): 37-46.

Santos, S. (2001, Janeiro/ Junho). Comportamento adaptativo II. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 8, III série, (1): 37-46.

Santos, S., & Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Coleção Educação Especial. Porto Editora.

Santos, S., & Morato, P. (2004). Escala de Comportamento Adaptativo Versão portuguesa – fichas de registo. (documento não publicado).

Santos, S., & Santos, S. (2007) Comportamento Adaptativo e Qualidade de Vida nas Crianças com Deficiência Mental. *Revista de Educação Especial*. IV Série.14: 57-67.

Santos, S. (2010). A DID (Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental) na actualidade. *Educação Inclusiva*, 1.

Santos, S., & Morato, P. (2012). Acertando o Passo! Falar de Deficiência Mental é um erro: Deve falar-se de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID). Porquê? *Revista Brasileira de Educação Especial*. 18 (1): 3-16.

Sarmiento, P. (2001). A experiência motora no meio aquático. Edições Omniserviços. Algés.

Schalock, R., & Alonso, M. (2002). Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners. AAMR. Washington, D. C..

Schalock, R., Buntinx, W., Borthwick-Duffy, S., Luckasson, R., Snell, M., Tassé, M., & Wehmeyer, M. (2007). User's guide: Mental Retardation – definition, classification and systems of supports. 10th Edition. AAIDD. USA

Schalock, R., Luckasson, R., Shogren, K., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., et al. (2007). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the change to the term Intellectual Disability. *Intellectual developmental disabilities*, 45 (2): 116-124.

Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., et al. (2009). Intellectual Disability – Definition, Classification, and Systems of Supports. AAIDD. 11ª Edição, Washington, D. C.

Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Gomez, S., et al. (2010). Intellectual Disability – Definition, Classification, and Systems of Supports. AAIDD. 11ª Edição, Washington, D. C..

Schalock, R., Gardner, J., & Bradley, V. (2010). Quality of Life for People With Intellectual and Other Developmental Disabilities– Applications Across Individuals, Organizations, Communities, and Systems. AAIDD. Washington, D.C.

Scheuer, M., & Pedley, T. (1990). The evaluation and treatment of seizures. *New Engl J Med* 323: 1468-1474.

Schlosser, R., Sigafoos, J., Rothschild, M., & Palace, L. (2009). Speech and Language Disorders. In Brown, I. & Percy, M. (eds). *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental Disabilities*. Paul H. Brookes Publishing Cº. 383-402.

Sherrill, C. (1997). Adapted physical activity, recreation and sport - Cross disciplinary and lifespan. USA: Ed Bartell.

Shorvon, S., (1990). Epidemiology, classification, natural history, and genetics of epilepsy. *Lancet* 336, 93-96.

Siegel, B. (2008). Getting the best for your child with autism: an expert's guide to treatment. The Guilford Press, NY, USA.

Sousa, A. (2005). Psicoterapias Activas (Arte – Terapias), Lisboa: Livros Horizonte.

Sukhodolsky, D. & Butter, E. (2009). Social Skills Training for People with Intellectual and Developmental Disabilities. In Jacobson, J.; Mulick, J. & Rojahn, J. (eds). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. Issues in Clinical Child Psychology. Springer Science & Business Media, Ld. 601-618.

Tsunam, O., Cruz, V., Chiarello, B., Júnior, D., & Alouche, S. (2004). Os Benefícios da Natação Adaptada em Indivíduos com Lesões Neurológicas. *Revista Neurociências*. 12.(2). http://www.unifesp.br/dneuro/neurociencias/vo112_2/natacao.htm retirado a 21 de Março de 2013.

Thompson, J., Bryant, B., Campbell, M., Craig, E., Hughes, C., Rotholz, et al. (2004). The Supports Intensity Scale (SIS): Users manual. Washington, DC: American Association on Mental Retardation

Valente, P., Santos, S. & Morato, P. (2011). A Intervenção Psicomotora como (um sistema de) apoio na população com dificuldade Intelectual e Desenvolvimento. *A Psicomotricidade*. 14 (no prelo)

Varela, A., Duarte, A., Sereno, A., Dias, A., Pereira, B. (2000). Intervenção Terapêutica em Meio Aquático para Populações Especiais. Associação Portuguesa dos Técnicos de Natação. Lisboa.

Vayer, P. (1987). *L'enfant et le groupe: La dynamique des groupes d'enfants dans la classe (L'Éducateur)* (French Edition)

- Vidigal, M. (2005). Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes. 1ª Ed. Trilhos Editora. Lisboa
- Vieira, J., Batista, M., & Lapierre, A.(2005). Psicomotricidade Relacional: a teoria de uma prática. Curitiba, Filosofart/CIAR.
- Vieira, J., Batista, B., & Lapierre, A. (2005). Psicomotricidade Relacional: A Teoria de uma prática. Brasil: CIAR
- Vieira, J.P. (2009). Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática. *Perspetivas*, 3 (11): 64-68.
- Vinagreiro, L., & Peixoto, M. Luís. (2000). A Criança com Síndrome de Down – Características e Intervenção Educativa. Edições APPACDM Distrital de Braga.
- Volkmar, F., Gupta, A., & Wiesher, L. (2008). Medical Issues *in* Chawarska, K. K. & Volkmar, F. R., *Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers - Diagnosis Assessment and Treatment*, Nova Iorque, The Guilford Press, 274-299.
- Yu, S., Pritchard. M., Kremer, E., Lynch, M., Nancarrow, J., Baker, E., et al. (1991), Fragile X genotype characterized by an unstable region of DNA, *Science* 252, 1179-1181.
- WHO, (2007). Intellectual Disability – a Manual for Social Workers. Regional Office for South-East Asia. Mental Health and Substance Abuse. Department of Noncommunicable Diseases and Mental Health. New Delhi.
- Williams, C., & Wright, B. (2008). *Convivendo com Autismo e Síndrome de Asperger - Estratégias Práticas para Pais e Profissionais*. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltd.